RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2009-2010

Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Québec

Cette publication est une production
de l'Agence de la santé et des services sociaux
de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

NOTE
Dans ce texte, le masculin est utilisé dans son sens générique
et désigne aussi bien les femmes que les hommes

COORDINATION
René Bouchard, directeur de la coordination et des ressources humaines par intérim et
chef du Service des communications

PRODUCTION DES TEXTES, CONCEPTION, RÉALISATION
René Bouchard, directeur de la coordination et des ressources humaines par intérim et
chef du Service des communications en collaboration avec toutes les directions de l'Agence

MISE EN PAGE
Marie-Pierre Boulay, agente administrative

RÉVISION DE TEXTE
Marie-Pierre Boulay, agente administrative

PHOTOGRAPHIE PAGE COUVERTURE
Imprimerie Centre-Ville

IMPRESSION
Imprimerie Centre-Ville

ISBN : 978-2-923129-96-9 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923129-97-6 (version PDF)
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2010

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

SEPTEMBRE 2010

Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Québec

Table des matières

Mot du président-directeur général et du président du conseil d'administration 7

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents 8

SECTION 1 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA GASPÉSIE–ÎLES-DE-LA-MADELEINE 9

Mission et territoire 11

Organisation interne 11

Organigramme 12

Ressources humaines 13

Ressources financières 13

Réseau d'établissements 14

Conseil d'administration 16

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 16

COMITÉS DU CONSEIL 18

Comité de vérification 18

Comité sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise 18

Groupe de travail permanent pour la conception et l'élaboration des plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées 19

Comité de vigilance et de la qualité 20

Commission infirmière régionale (CIR) 22

Commission multidisciplinaire régionale (CMR) 22

Forum de la population 23

SECTION 2 LES ACTIVITÉS DE L'AGENCE 25

Entente de gestion et d'imputabilité 27

Les ressources humaines 35

Stratégies et perspectives régionales de main-d'œuvre GIM 2010-2015 39

Communications 40

Les ressources matérielles, financières et informationnelles 41

Les organismes communautaires 46

Pandémie d'influenza A(H1N1) 51

SECTION 3 LES PROGRAMMES-SERVICES 53

Services généraux psychosociaux 55

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED) 56

Déficience physique 58

Dépendances 61

Jeunes en difficulté 63

Perte d'autonomie liée au vieillissement 66

Santé mentale 70

Santé physique 73

Santé publique 82

SECTION 4 ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 115

Rapport de la direction 117

Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 118

ANNEXE 1 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 141

Répartition budgétaire - 2009-2010 - Mission globale 143

Répartition budgétaire - 2009-2010 - Ententes spécifiques 152

Mot du président-directeur général et du président du conseil d'administration

L'année 2009-2010 a été une année fort occupée pour le réseau de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Nous n'avons qu'à penser à la pandémie de grippe A(H1N1) qui a nécessité des investissements importants tant au niveau des ressources humaines, matérielles et financières, lors de chacune des deux vagues, au printemps puis à l'automne 2009.

Nous ne saurions passer sous silence la contribution importante des gestionnaires, employés, médecins, professionnels de la santé et bénévoles qui se sont mobilisés et qui ont consacré toute leur énergie à cette vaste opération qui a été sans contredit l'une des plus réussies de tout le Québec avec un taux de vaccination de 73 %. Les ressources humaines du réseau de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont de quoi être fières de ce succès et ont démontré une fois de plus leur passion et leur détermination à assurer à la population de la région les services et les soins requis. Nous tenons à les remercier personnellement.

De plus, comme à tous les trois ans, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine doit respecter son obligation légale et se présenter devant les parlementaires siégeant au sein de la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale. Cette audition vise à rendre compte des activités de l'Agence pour les trois dernières années d'opération. Outre les aspects reliés au portrait de la région, de la population et à l'organisation des services, l'Agence a tenu à mettre en lumière les réalités régionales de même que le défi de l'occupation du territoire et l'accessibilité aux services.

Il a également été question de l'importance d'un milieu décisionnel en région comme le témoigne cet extrait de l'allocution de l'Agence présenté aux membres de la commission :

> *« Enfin, je m'en voudrais de passer sous silence le rôle d'une agence dans une région comme la nôtre. L'organisation des cliniques de vaccination massive dans le cadre de la grippe A(H1N1) et les résultats obtenus ont confirmé l'importance d'un milieu décisionnel près de nos établissements et le plus près possible de notre population. La coordination, la concertation et la mobilisation du réseau et du milieu sont des défis que nous nous devons de relever au quotidien comme Agence et qui ont toute leur importance particulièrement lorsque vient le temps de définir une planification régionale et de déterminer nos orientations et nos façons de faire qui nous sont propres. ».*

Par ailleurs, en ce qui concerne les autres activités de l'Agence qui ont retenu l'attention en cours d'année, mentionnons les travaux sur l'élaboration de la planification stratégique 2010-2015, l'adoption du plan d'action régional de santé publique 2009-2012, la poursuite du processus de certification des résidences privées, le suivi de la situation financière régionale, l'adoption des orientations régionales au sein des programmes Déficience physique, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, le bilan régional relatif au soutien à domicile et l'appui au projet de Centre affilié régional universitaire.

Le président du conseil d'administration,

Jean-Marie Le Brasseur

Le président-directeur général,

Gilles Pelletier

Déclaration sur la fiabilité des données contenues dans le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité et des contrôles afférents

Les renseignements contenus dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données inscrites au bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009–2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présentent :

- les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2009–2010.

Signé à Gaspé, le 31 mai 2010

Gilles Pelletier
Président-directeur général

Section 1

Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Mission et territoire

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Ses responsabilités sont celles déterminées aux articles 340 et 340.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2).

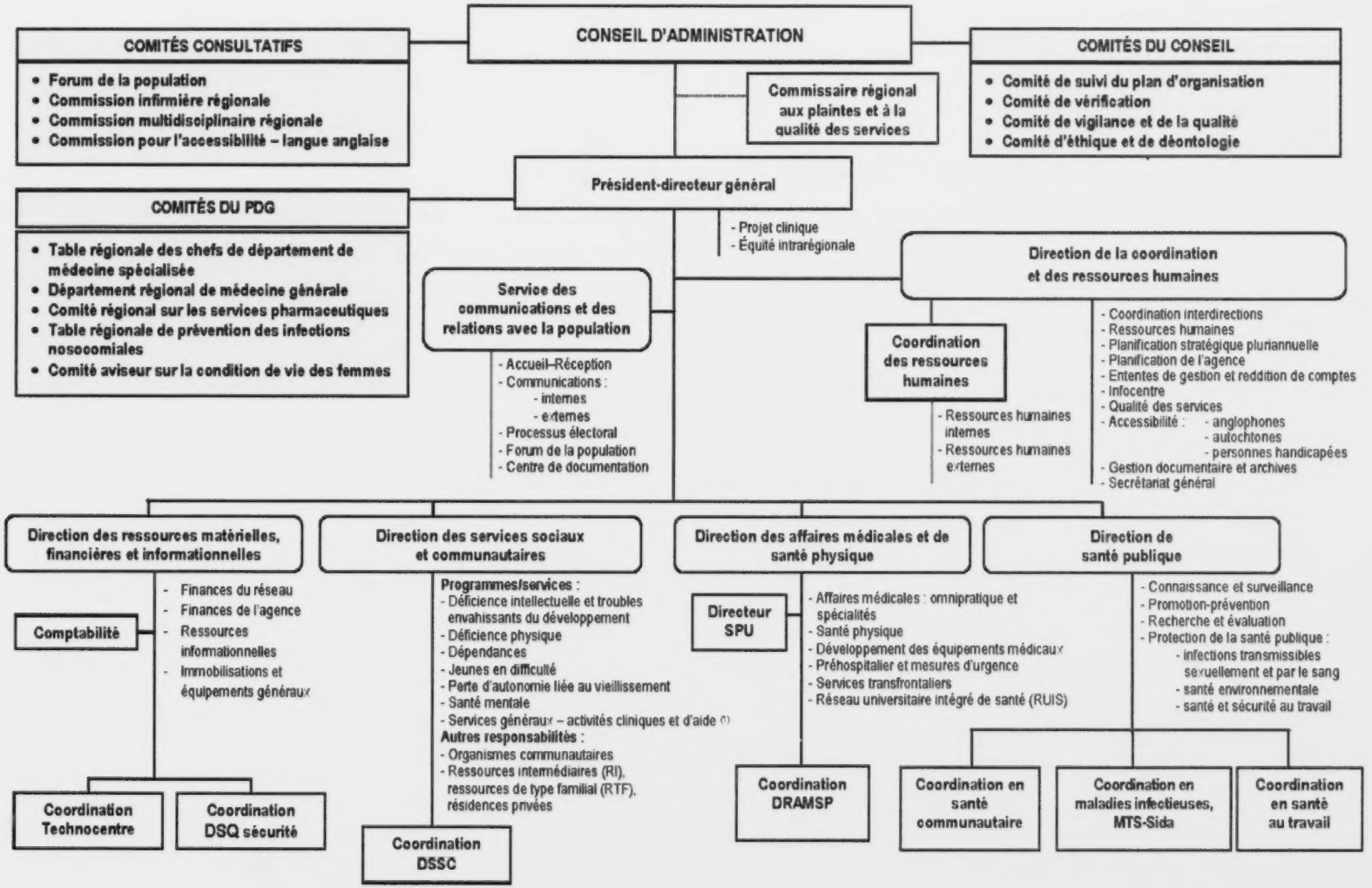
Son territoire s'étend sur plus de 20 500 kilomètres carrés, dont plus de 600 kilomètres de côtes. Selon le recensement effectué en 2006, 94 681 personnes habitent la région, ce qui représente 1,3 % de la population du Québec, dont approximativement 83 000 en Gaspésie et 13 000 aux Îles-de-la-Madeleine. De ces nombres, environ 9 % (8 900) de la population est d'expression anglaise.

En matière d'organisation des services, la région compte cinq territoires de réseaux locaux, dans lesquels on retrouve cinq centres de santé et de services sociaux situés sur les territoires des Îles-de-la-Madeleine, du Rocher-Percé, de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie offrant différents services de santé et services sociaux, que ce soit dans les hôpitaux, les CLSC ou les centres d'hébergement. La région dispose également de deux établissements régionaux, soit le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles et le Centre de réadaptation de la Gaspésie qui déploient leurs services dans chacun de ces territoires. En ce qui concerne la mission régionale en alcoolisme-toxicomanie, celle-ci est confiée au CSSS de La Haute-Gaspésie, alors que les services en déficience intellectuelle aux Îles-de-la-Madeleine sont offerts par le CSSS des Îles.

Organisation interne

L'organigramme de l'Agence comporte cinq directions en plus de la Présidence-direction générale, à savoir : la Direction de la coordination et des ressources humaines, la Direction des ressources matérielles, financières et informationnelles, la Direction des services sociaux et communautaires, la Direction régionale des affaires médicales et de santé physique et la Direction de la santé publique.

Organigramme



Ressources humaines

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine emploie 103 personnes (100,25 postes équivalents temps complet). Le personnel comprend 21 cadres, 71 employés réguliers et 7 employés occasionnels ou contractuels. Il faut noter qu'une hausse des prêts de service à des établissements du réseau a fait augmenter le nombre total d'employés de notre organisation.

EFFECTIFS DE L'AGENCE AU 31 MARS 2010								
Statut	Cadres		**Employés réguliers**		Occasionnels et contractuels		**Total**	
	Pers.	**ETC**	**Pers.**	**ETC**	**Pers.**	**ETC**	**Pers.**	**ETC**
Temps plein	19	19	66	66	6	6	91	91
Temps partiel	2	1,4	4	2,55	1	0,3	7	4,25
Total 2010	**21**	**20,4**	**70**	**68,55**	**7**	**6,3**	**98**	**95,25**
Total 2009	**19**	**18,4**	**66**	**65,6**	**6**	**5,6**	**91**	**89,6**

Ressources financières

Le budget d'exploitation des activités principales de l'Agence totalise 6 686 745 $ pour l'exercice 2009-2010.

La hausse du budget de 3,07 % avec l'an dernier résulte principalement d'un ajustement budgétaire venant du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le fonctionnement de la santé publique et de l'indexation annuelle.

De plus, l'Agence administre des fonds des activités régionalisées pour 2 180 360 $; il y a eu une hausse de 11,08 % pour 2009-2010 qui s'explique principalement par la facturation de prêts de service et des fonds affectés pour un montant de 20 122 284 $; l'écart à la hausse de 5,98 % avec l'an dernier s'explique principalement par un ajustement du fonds des services préhospitaliers d'urgence.

	2009-2010	**2008-2009**	**Écart**
Budget	6 686 745 $	**6 487 760 $**	3,07 %
Fonds des activités régionalisées	**2 180 360 $**	**1 962 946 $**	**11,08 %**
Fonds affectés	20 122 284 $	**18 987 075 $**	5, 98 %

Réseau d'établissements

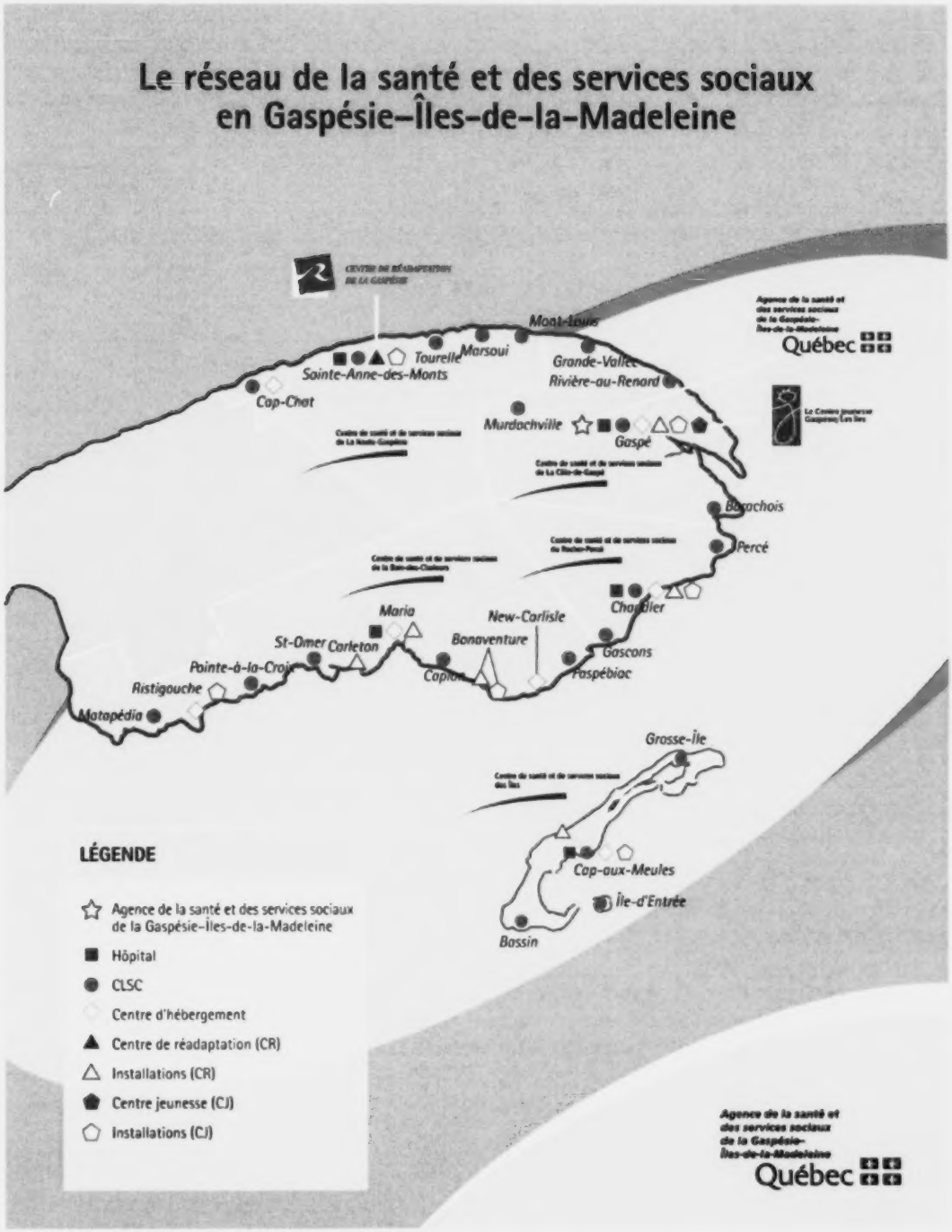
La région compte sept établissements de santé et de services sociaux, dont cinq centres de santé et de services sociaux (CSSS) et deux établissements régionaux, soit le Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles et le Centre de réadaptation de la Gaspésie qui déploient leurs services sur tout le territoire. Mentionnons que la mission régionale en alcoolisme-toxicomanie est confiée à un CSSS, en l'occurrence le CSSS de La Haute-Gaspésie, et que le mandat des services de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement aux Îles-de-la-Madeleine sont confiés au CSSS de l'endroit. Ces établissements offrent des services à la population en fonction de leurs différentes missions à l'intérieur des 57 installations réparties sur le territoire.

De plus, mentionnons que le CSSS du Rocher-Percé dispose d'un mandat provincial spécifique concernant le développement d'un programme de services spécialisés d'évaluation, de traitement et de recherche en milieu carcéral auprès des délinquants sexuels à l'établissement de détention de Percé.

ÉTABLISSEMENTS, MISSIONS EXPLOITÉES ET INSTALLATIONS

Établissements	Missions exploitées					Installations
	CH	CLSC	CHSLD	CR	CJ	
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	✓	✓	✓			8
Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé	✓	✓	✓			7
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie	✓	✓	✓	✓		8
Centre de santé et de services sociaux des Îles	✓	✓	✓	✓		7
Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé	✓	✓	✓			5
Centre de réadaptation de la Gaspésie				✓		14
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles				✓	✓	8
Total	**5**	**5**	**5**	**4**	**1**	**57**

* Source : Application M07


Le réseau de la santé et des services sociaux
en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Mont-Louis
Marsoui
Tourelle
Sainte-Anne-des-Monts
Cap-Chat
Grande-Vallée
Rivière-au-Renard
Murdochville
Gaspé
Percé
Chandler
New-Carlisle
Bonaventure
Maria
St-Omer
Carleton
Pointe-à-la-Croix
Ristigouche
Matapédia
Gascons
Paspébiac
Grosse-Île
Cap-aux-Meules
Île-d'Entrée
Bassin
LÉGENDE
Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
Hôpital
CLSC
Centre d'hébergement
Centre de réadaptation (CR)
Installations (CR)
Centre jeunesse (CJ)
Installations (CJ)
Québec

Conseil d'administration

Au 31 mars 2009, le conseil d'administration de l'Agence était composé de quinze membres, dont neuf hommes et six femmes. Au cours de la dernière année, six séances régulières du conseil d'administration ont eu lieu, dont deux séances extraordinaires par conférence téléphonique. Compte tenu de l'échéance du mandat de certains membres, le ministre a procédé à de nouvelles nominations en cours d'année. Voici la composition du conseil, ainsi que le secteur représenté :

- M. Louis-Marie Rivard, Avignon;
- M. Francis Picarou (Commission infirmière régionale), Avignon;
- Mme Cynthia Dow, Bonaventure;
- M. Jean-Marie Le Brasseur (président), Bonaventure;
- M. Gilles Cormier, Bonaventure;
- Mme Ann Clément, Côte-de-Gaspé;
- M. Jean-François Roy, Haute-Gaspésie;
- M. France-Laurent Forest (Commission médicale régionale), Côte-de-Gaspé;
- Mme Louise Garneau, Haute-Gaspésie;
- Mme Sandra Cummings (vice-présidente), Îles-de-la-Madeleine;
- M. Marc-Édouard Nadeau, Îles-de-la-Madeleine;
- Mme Suzanne Bourget, Rocher-Percé;
- M. Gilles Grenier, Rocher-Percé;
- Mme Suzanne Lavoie, représentante syndicale;
- M. Gilles Pelletier (président-directeur général), ASSS-GÎM.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

La nomination par le gouvernement des membres du conseil fait en sorte qu'ils sont assujettis aux dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (ci-après appelé le Règlement), lequel a pour objet (article 1) :

> *« [...] de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration publique, de favoriser la transparence au sein des organismes et entreprises du gouvernement et de responsabiliser les administrations et les administrateurs publics. »*

Il est attendu :

- que les membres du conseil d'administration doivent agir dans l'intérêt de l'organisation et de la population pour laquelle elle a été instituée;
- que l'exercice de la fonction des membres du conseil d'administration doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité, de la crédibilité, de la confidentialité et de la légalité;
- que les membres du conseil d'administration sont nommés pour contribuer, dans le cadre de leur mandat, à la réalisation de la mission de l'État et, le cas échéant, à la bonne administration de ses biens;
- les dispositions du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics découlant de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif;
- la mission et les valeurs organisationnelles de l'Agence.

Les membres du conseil d'administration, dans l'exercice de leurs fonctions, s'engagent à :

- centrer leurs décisions et leurs actions sur les besoins de l'ensemble des citoyennes et citoyens de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine en vue du rétablissement, du maintien et de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, ainsi que de l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux accessibles, intégrés et de qualité tout en tenant compte des particularités de la région et des ressources mises à leur disposition, le tout en fonction des politiques et orientations gouvernementales;
- respecter, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie de l'Agence ainsi que ceux prévus à la loi et au règlement mentionnés ci-dessus. En cas de divergence, les principes et les règles les plus exigeants s'appliquent.

Ils doivent en outre :

- agir avec objectivité;
- agir avec honnêteté et intégrité;
- agir avec discrétion et retenue;
- agir sans partisanerie politique;
- agir avec loyauté;
- agir avec respect et dignité;
- éviter tout conflit d'intérêts.

En 2009-2010, aucune action n'a été entreprise contre un membre du conseil d'administration à la suite d'un manquement au code d'éthique définissant les règles de conduite à adopter dans l'accomplissement de la fonction d'administrateur de l'Agence.

Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est composé des membres du conseil d'administration suivants : MM. Gilles Cormier et Marc-Édouard Nadeau; un poste est vacant.

COMITÉS DU CONSEIL

Comité de vérification

Le comité de vérification s'est réuni à six reprises au cours de l'année. Les rencontres ont permis de prendre connaissance du Rapport financier de l'Agence, des états financiers de même que du Rapport du Vérificateur externe aux fins d'adoption au conseil d'administration. Le comité de vérification est composé de MM. Jean-Marie Le Brasseur, Francis Picarou et Louis-Marie Rivard.

Comité sur l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Le Programme d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise détermine les besoins sociosanitaires et les particularités reliés aux personnes d'expression anglaise de la région ainsi que les services de santé et les services sociaux requis pour y répondre. Ce programme indique les prestataires qui ont l'obligation de rendre des services et identifie les modalités d'accès dans leur localité, dans leur région, ou le cas échéant, dans une autre région. Il est conçu de telle sorte qu'il couvre les neuf programmes-services.

L'Agence coordonne les activités du comité, assure le maintien du programme dans la région et transmet au ministre le plan de suivi et d'évaluation du programme.

Les membres du comité régional sur l'accessibilité à des services de santé et de services sociaux en langue anglaise se sont rencontrés à trois reprises durant l'année. Les principaux dossiers sur lesquels les membres du comité ont discuté sont :

- La poursuite du programme de formation en langue anglaise;
- L'élection du nouvel exécutif;
- L'affichage dans les établissements;
- L'élaboration et l'adoption de projets du milieu communautaire et de l'Agence dans le cadre de l'appel de projets du CHSSN.

Le budget accordé pour le programme de formation en langue anglaise pour l'année 2009-2010 était de 75 855 $. Les établissements de La Côte-de-Gaspé, de la Baie-des-Chaleurs et du centre jeunesse (secteurs Côte-de-Gaspé et Baie-des-Chaleurs) ont reçu de la formation en langue anglaise.

COMPOSITION DU COMITÉ

- M. Jean-Marie Beaupré, Centre de réadaptation de la Gaspésie;
- Mme Nancy Sutton, Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles;
- Mme Rosella Boudreau, CSSS de la Baie-des-Chaleurs;
- Mme Michelle Sinnett, CSSS de La Côte-de-Gaspé;
- M. Geoffrey Clayden, CSSS de La Haute-Gaspésie;
- Vacant, CSSS des Îles;
- Mme Caroline Stevens, CSSS du Rocher-Percé;
- Mme Cathy Brown, Comité d'action sociale anglophone (CASA);
- Mme Helena Burke, Council for Anglophones Magdalen Islanders (CAMI);
- Vacant, communauté de Listiguj;
- Mme Joanna Martin, communauté de Gesgapegiag;
- M. Brad McDonald, milieu communautaire anglophone;
- Vacant, usager d'expression anglaise;
- Mme Jennifer Roy, milieu scolaire anglophone;
- M. Jean-François Cassivi, ASSS-GÎM.

Groupe de travail permanent pour la conception et l'élaboration des plans d'action annuels à l'égard des personnes handicapées

L'article 61.1 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale prévoit que les ministères, la grande majorité des organismes publics ainsi que les municipalités les plus populeuses du Québec produisent, adoptent et rendent public annuellement un plan d'action à l'égard des personnes handicapées.

Ce dernier mentionne les mesures prises au cours de l'année qui se termine et les mesures envisagées pour l'année qui débute, dans le but de réduire les obstacles à l'intégration des personnes handicapées dans ce secteur d'activité. Il doit être produit et rendu public annuellement.

L'Agence a entrepris cette démarche en 2007 et a adopté un plan d'action triennal en 2009. Le plan d'action est rendu public par le biais du site Internet de l'Agence et est disponible en version papier sur demande.

Deux directions de l'Agence participent aux travaux de ce groupe de travail, soit la Direction de la coordination et des ressources humaines (DCRH) et la Direction des services sociaux et communautaires (DSSC). Le groupe de travail permanent est donc composé des membres suivants :

- Madame Marie-Christine Fortin, coordonnatrice des services aux personnes handicapées et coordonnatrice du plan d'action, direction de la coordination et des ressources humaines (DCRH);
- Madame Louise Aubert, représentante de la Direction des services sociaux et communautaires (DSSC);
- Monsieur Jean-François Houde, conseiller à l'intervention collective régionale à l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ);
- Monsieur Martin Trépanier, du Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie et des Îles (RAPHGÎ);
- Madame Pierrette Robitaille, du Regroupement des associations de personnes handicapées de la Gaspésie et des Îles (RAPHGÎ).

Au cours de l'année 2009-2010, trois rencontres se sont tenues. Les principaux sujets abordés lors de ces rencontres sont :

- L'accessibilité universelle;
- L'accessibilité du site Internet de l'Agence;
- La révision du plan d'action;
- La clause d'approvisionnement;
- La Semaine québécoise des personnes handicapées.

L'Agence a également nommé un représentant sur le comité régional de la Semaine québécoise des personnes handicapées 2010.

Comité de vigilance et de la qualité

Au cours de l'année 2009-2010, deux rencontres ont eu lieu avec les membres du comité de vigilance et de la qualité. Ce comité est institué afin de s'assurer qu'un suivi soit apporté aux recommandations du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services. Les sujets abordés au cours de ces rencontres concernaient le suivi des recommandations, la promotion du régime d'examen des plaintes et l'indépendance du commissaire.

Au 31 mars 2010, le comité était composé des personnes suivantes :

Mme Ann Cléments, administratrice proposée par les comités des usagers;
Mme Sandra Cummings, administratrice cooptée, organismes communautaires;
Mme Cynthia Dow, administratrice désignée par résolution du conseil d'administration;
M. Gilles Pelletier, président-directeur général;
M. Julien Deraiche, commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

L'année 2009-2010 fut marquée par le remplacement de la commissaire régionale aux plaintes et à la qualité des services en poste, et ce, pour une période d'un an. Un commissaire adjoint a effectué le traitement des plaintes durant deux mois jusqu'à l'entrée en fonction du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services intérimaire en date du 7 décembre 2009.

Au cours du dernier exercice, dix plaintes ont été conclues. En somme, quatre d'entre elles concernaient les services offerts par l'Agence. Les autres plaintes étaient respectivement partagées entre les services préhospitaliers d'urgence, les organismes communautaires et les résidences privées d'hébergement pour personnes âgées. Le nombre de dossiers de plainte conclus en 2009-2010 a connu une diminution considérable si on le compare à l'année précédente où 24 dossiers de plainte ont été conclus.

Le traitement des plaintes a amené la formulation de cinq recommandations visant l'amélioration de la qualité des services. Entre le 1er avril 2009 et le 31 mars 2010, 70 % des plaintes conclues ont été traitées à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la loi.

Enfin, il est intéressant de mentionner l'augmentation du nombre de dossiers d'intervention. Ce dernier a doublé, passant de cinq en 2008-2009 à dix en 2009-2010. Toutes ces interventions ont été menées à l'intention des résidences privées pour personnes âgées et ont été amorcées à la suite de signalements transmis aux commissaires. La forte baisse du nombre de plaintes concernant les résidences privées pour personnes âgées, si l'on compare à l'an dernier, peut être expliquée par la hausse importante d'interventions menées par les commissaires régionaux dans ces milieux. Au total, sept recommandations ont été émises par les commissaires régionaux suite à des démarches d'intervention, et ce, dans une optique d'amélioration de la qualité des services.

Les commissaires en poste au cours de l'année ont poursuivi le travail de promotion du régime, entre autres, par la distribution d'affiches et de dépliants sur le régime d'examen des plaintes aux différents partenaires et clientèles ciblées. De plus, une rencontre de concertation régionale impliquant les divers acteurs du régime d'examen des plaintes a eu lieu. Une représentante du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes, une représentante de l'organisme Droits et recours en santé mentale, la commissaire régionale ainsi que la quasi-totalité des commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services de la région étaient présents. Cette rencontre a permis d'échanger sur des stratégies communes visant à répondre aux besoins de la clientèle et à trouver des moyens de promouvoir le régime d'examen des plaintes.

Commission infirmière régionale (CIR)

La Commission infirmière régionale n'a pas tenue de rencontres au cours de l'année. Celle-ci est composée des membres suivants :

Nom	Secteur d'activité	Territoire
Mme Céline Coulombe-Gasse, présidente	Infirmière œuvrant en CLSC	CSSS de La Côte-de-Gaspé
Mme Michèle Albert	Infirmière œuvrant en CH	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
M. Gaston Normandeau	Infirmier auxiliaire soins de longue durée (CHSLD)	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
M. Francis Picarou, représentant de la CIR au C. A. de l'Agence	Infirmier gestionnaire de soins en CLSC	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Mme Nathalie Couture	Infirmière clinicienne soins aigus CH	CSSS du Rocher-Percé
Vacant	Infirmière gestionnaire (DSI)	
M. Robert Richard	Infirmier enseignant au Cégep de la Gaspésie et des Îles	CSSS de La Côte-de-Gaspé
Mme Aïda-Dina St-Laurent	Infirmière bachelière CLSC	CSSS des Îles
Mme Johanne Cantin	Infirmière gestionnaire de soins en CH (DSI)	CSSS des Îles
Mme Diane Martinet	Infirmière auxiliaire courte durée	CSSS des Îles
M. Gilles Pelletier	Président-directeur général	ASSS GÎM
M. Maxime Bernatchez	Infirmier, agent de planification, de programmation et de recherche	ASSS GÎM

Note : Le PDG ou la personne qu'il désigne siège d'office à la Commission infirmière régionale.

Commission multidisciplinaire régionale (CMR)

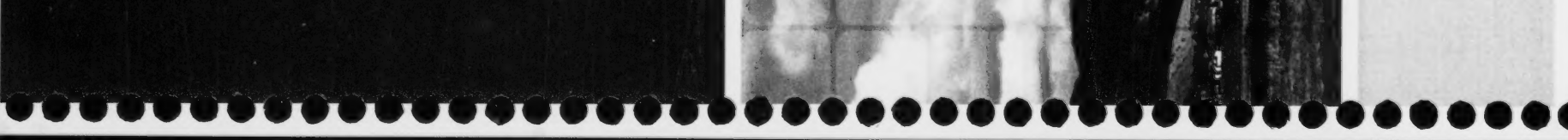
La Commission multidisciplinaire régionale (CMR) a pris connaissance de plusieurs dossiers, entre autres : le bilan sur les services de soutien à domicile, le programme d'évaluation et de traitement des agresseurs sexuels en milieu carcéral, les orientations en hospitalisation adulte en santé mentale ainsi que le projet régional d'adaptation de domicile. La commission a également suivi l'évolution des dossiers suivants : l'équipe d'intervention jeunesse, le programme d'intervention en négligence, la hiérarchisation des services DI-TED et le Plan d'accès des personnes ayant une déficience.

MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE		
Nom	**Domaine**	**Établissement**
Monsieur Gilles Grenier Président - Chef des services sociaux	Gestionnaire, domaine social	Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles
Vacant depuis décembre 2008	Professionnel, domaine social	
Madame Valérie Day Travailleuse sociale	Professionnelle, domaine social	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Madame Sophie Harvey Ergothérapeute	Professionnelle, domaine de la réadaptation	Centre de réadaptation de la Gaspésie
Madame Mylène Frappier Psychoéducatrice scolaire	Professionnelle, domaine de la réadaptation	CSSS des Îles
Monsieur Jean-François Durand Coordonnateur des services	Gestionnaire, domaine de la réadaptation	Centre de réadaptation de la Gaspésie
Madame Hélène Fecteau Hygiéniste dentaire	Domaine technique	CSSS de la Baie-des-Chaleurs
Madame Marie-Josée Dion Technologue en imagerie médicale	Domaine technique	CSSS de La Côte-de-Gaspé
Madame Nadine Francoeur Spécialiste aux activités cliniques/ Éducatrice spécialisée	Domaine technique	Centre de réadaptation de la Gaspésie
Monsieur Herman Porlier	Domaine d'enseignement collégial	Cégep de la Gaspésie et des Îles
Madame Connie Jacques Directrice	Direction des services sociaux et communautaires	ASSS GIM
Monsieur Gilles Pelletier Président-directeur général	Présidence-direction générale	ASSS GIM

Note : Le PDG ou la personne qu'il désigne siège d'office à la Commission multidisciplinaire régionale.

Forum de la population

Au cours de la dernière année, le Forum de la population n'a pas tenu de rencontres. Toutefois, un membre du forum a été impliqué au sein du comité de pilotage sur la planification stratégique 2010-2015 afin de donner le pouls de la population sur les enjeux du réseau de la santé et des services sociaux.



Section 2

Les activités de l'Agence

Entente de gestion et d'imputabilité

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que le Ministère détermine, dans le cadre d'une entente de gestion et d'imputabilité qu'il conclue avec une Agence de santé et de services sociaux, les objectifs que cette dernière doit atteindre pour une période visée (art. 385.1 à 385.6). Ces objectifs ministériels sont inscrits dans une approche d'offre de service. L'offre de service que doit déposer chacune des agences est établie à partir d'un projet d'entente, lequel, en plus de spécifier les cibles à atteindre au niveau de différents programmes, traduit également les indicateurs de mesure des seuils de service et des cibles à atteindre pour 2010.

Le processus des ententes de gestion et d'imputabilité est cyclique et chevauche, pour chaque exercice, plusieurs années financières. Ainsi, comme pour les années antérieures, l'exercice des ententes de gestion se terminant, 2009-2010 se poursuit en même temps que s'est amorcé l'exercice 2010-2011. Exceptionnellement, comme toutes les régions sont en exercice de planification stratégique 2010-2015, l'année 2010-2011 en sera une transitoire pour les ententes de gestion.

Le processus des ententes de gestion et d'imputabilité 2009-2010 vient clore le cycle de la planification stratégique 2005-2010. À cet effet, un bilan de tous les indicateurs de gestion des années 2005 à 2010 a été réalisé pour tous les établissements de la région à des fins de reddition au MSSS. Pour l'année 2009-2010, la reddition régionale a donné lieu à des rencontres avec tous les établissements du territoire. Dans le cadre de ces rencontres, les éléments suivants ont été abordés et discutés avec les établissements :

- Suivis et reddition des indicateurs de gestion par direction à compter des données P13 2009-2010 (discussion des écarts vs atteintes des engagements);
- Budgets de développement au 31 mars 2010;
- Situation financière des établissements;
- Bilan 2005-2010 et validation des données.

Période 13		Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No fiche	Indicateur	Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2010	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
1.1	SANTÉ PUBLIQUE							
1.1.12	Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010.	80 %		63 %	70 %	63 %	63 %	+
1.1.13	Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé.	Augmentation		56 %	60 %	56 %	91 %	+
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1re dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais.	75 %		60 %	75 %	60 %	64 %	+
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérégroupe C dans les délais.	75 %		46 %	75 %	46 %	54 %	+
1.1.16	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais.	75 %		61 %	75 %	61 %	65 %	+
1.1	Prévention et contrôle des infections nosocomiales							
1.1.11	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales.	100 %	100 %	80 %	100 %	80 %	100 %	+
1.1.17	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.	100 %	100 %	80 %	100 %	80 %	80 %	+
1.1.18	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	+
1.2	SERVICES GÉNÉRAUX							
1.2	Services psychosociaux généraux							
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC).	Augmentation		3 389	3 000	3 389	3 669	+
1.2.3	Nombre moyen d'interventions.	Augmentation	3,86 int./pers.	3,64	3,86	3,64	3,56	-

Période 13		Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No fiche	Indicateur	Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2010	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
1.3	PERTE D'AUTONOMIE							
1.3	Soutien à domicile							
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie desservies par le SAD.	2 898	2 717	3 228	3 190	3 228	3 308	+
	Population des 65 ans et +	18 112	18 112	17 317	18 112	17 317	18 000	
	Proportion des 65 ans et +	16 %	15 %	18,6 %	17,6 %	18,6 %	18,38 %	
1.3.2	Nombre moyen d'interventions.	24 int./pers.	19 int./pers.	32,05	31,4	32,05	32,07	+
1.3	Hébergement							
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD.	3,00 h/j/prés.	2,80 h/j/prés.	3,4	3,5	3,4	3,55	+
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en services professionnels dans les CHSLD.	0,23 h/j/prés.	0,19 h/j/prés.	0,23	0,23	0,23	0,23	+
1.4	DÉFICIENCE PHYSIQUE							
1.4	Soutien à domicile							
1.4.1	Nombre de personnes ayant une DP desservies en SAD.	656	617	960	900	960	929	+
	Population estimée	3 908	3 908	3 954	3 908	3 954	3 960	
	Proportion des personnes desservies	16,8 %	15,8 %	24,31 %	23,03 %	24,31 %	23,77 %	
1.4.2	Nombre moyen d'interventions.	21,5 int./pers.	14,5 int./pers.	24,82	24,5	24,82	24,68	+
1.4	Soutien aux familles							
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	109	61	158	164	158	196	?
	Population estimée	1 674	1 674	1 735	1 674	1 735	1 674	
	Proportion des usagers dont la famille reçoit un montant de soutien	6,5 %	3,5 %	9,11 %	9,8 %	9,12 %	11,7 %	
1.4	Services spécialisés							
1.4.8	Nombre de personnes ayant une DP recevant des services spécialisés de réadaptation.	1 137		1 240	1 158	1 240	1 328	+

Période 13		Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No fiche	Indicateur	Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2010	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
1.5	DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED							
1.5	Soutien à domicile - DI et TED							
1.5.11	Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des SAD.	121	101	220	210	220	219	+
	Population estimée	1 986	1 986	2 008	1 986	2 008	1 986	
	Proportion des personnes desservies	6,11 %	5,11 %	10,96 %	10,57 %	10,96 %	11,03 %	
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en DI ou TED.	12 int./pers.	6,5 int./pers.	14,08	13,5	14,08	15,47	?
1.5	Soutien aux familles - DI et TED							
1.5.13	Nombre de personnes ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	105	89	148	150	148	159	+
	Population estimée	547	547	567	541	567	547	
	Proportion des personnes dont la famille reçoit des services de soutien	19,2 %	16,2 %	26,1 %	27,4 %	26,1 %	29,1 %	

Période 13		Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No fiche	Indicateur	Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2010	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
1.6	JEUNES EN DIFFICULTÉ							
1.6	Services 1re ligne							
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints.	1 081	865	2 489	2 371	2 489	2 556	+
	Population estimée	14 416	14 416	15 065	14 416	15 065	14 416	
	Proportion de personnes rejointes	7,5 %	6,0 %	16,52 %	16,45 %	16,52 %	17,73 %	
1.6.2	Nombre moyen d'interventions.	7 int./pers.	6 int./pers.	6,00	7,00	6,00	6,41	+
1.6	Protection de la jeunesse							
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation.	12 jrs/calend.		7,4	7,5	7,4	7,8	+
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures.	30 jrs/calend.		4,9	10,0	4,9	8,5	+
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA.	14 jrs/calend.		7,3	14,0	14	5,3	+
1.7	DÉPENDANCE							
1.7	Jeu pathologique							
1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeux pathologiques.	113	75	35	40	35	31	-
	Population estimée	1 256	1 256	1260	1256	1260	1 256	
	Proportion des joueurs pathologiques traités	9,0 %	6,0 %	2,8 %	3,2 %	2,8 %	2,5 %	

Période 13		Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No fiche	Indicateur	Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2010	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
1.8	SANTÉ MENTALE							
1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable pour les personnes de >18 ans mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	175	175	156	175	156	106	-
	Population estimée	92 231	92 231	93 034	92 231	93 034	92 231	
	Proportion des personnes rejointes	0,19 %	0,19 %	0,168 %	0,19 %	0,168 %	0,115 %	
1.8.6	Nombre de places en service de suivi intensif pour les pers de >18 ans mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services.							
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	12 heures		13	12	13	10,4	-
1.8.8	Pourcentage de séjours de 48 h et + sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	0%		2,7 %	1 %	2,7 %	1,4 %	-
1.8.9	Nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne.	1 632	1 632	1 815	1 841	1815	1 844	+
	Population estimée	92 231	92 231	93 034	92 231	93 034	92 231	
	Proportion des personnes rejointes	1,76 %	1,76 %	1,95 %	2 %	1,95 %	2 %	
1.8.10	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e et 3e ligne en SM est > 60 jrs.	0 personne		59	100	59	50	+

Période 13		Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No. Fiche	Indicateur	Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2001	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
1.9	SANTÉ PHYSIQUE							
1.9	Urgence							
1.9.1	Durée moyenne de séjours - Global.	12 heures		11,8	12,0	11,8	12,1	-
1.9.2	Durée moyenne de séjours - 75 ans.	12 heures		13,5	12,0	13,5	13,4	-
1.9.3	Pourcentage de + de 48 heures - Global.	0%		2,4 %	2,0 %	2,4 %	2,1 %	-
1.9.4	Pourcentage de + de 48 heures - 75 ans et +.	0%		3,6 %	2,0 %	3,6 %	2,8 %	-
1.9	Soins palliatifs à domicile							
1.9.5	Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile.	394	328	373	430	373	383	+
	Population estimée	657	657	642	657	642	642	
	Proportion de personnes desservies	60 %	50 %	58,77 %	65,4 %	58,77 %	59,65 %	
1.9.6	Nombre moyen d'interventions.	16 int./pers.	14 int./pers.	17,47	17,9	17,47	18,18	+
1.9	Chirurgie							
1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.		90 %	94,6 %	90 %	94,6 %	94,7 %	+
1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.		90 %	93,5 %	90 %	93,5 %	99 %	+
1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.		90 %	82,8 %	90 %	82,8 %	93,9 %	+

Les indicateurs 1.9.11 à 1.9.15 concernant le nombre de chirurgies ne sont pas abordés dans le rapport.

Période 13			Entente de gestion 2009-2010				Suivi périodique		
No fiche	Indicateur		Cible 2010	Seuil 2009-2010	P-13 2008-2009	Engagement 2009-2010	Résultat 2008-2009	Résultat 2009-2010	Tendance
2.2	ADMINISTRATION ET SOUTIEN								
2.2	Hygiène et salubrité								
2.2.2	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité.	Répertoire	100 %		20 %	100 %			
2.2.2	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité.	Catégorisation	100 %		20 %	100 %			
2.2.2	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité.	Accord responsable	100 %		20 %	100 %			
2.2.2	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité.	Accord au C. A.	100 %		20 %	100 %			
2.2.2	Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité.	Désignation responsable	100 %		20 %	100 %			
3.1	RESSOURCES HUMAINES								
3.1	Ratio d'heures en assurance salaire sur les heures travaillées.		6,52 %		6,08 %	6,52 %	6,08 %	6,04 %	+
3.2	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier.		100 %		20 %	50 %	20 %	20 %	+
3.3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier.		100 %		80 %	100 %	80 %	80 %	+
3.4	Pourcentage de postes à temps complet réguliers pour les infirmières.		60 %					47,27 %	-

Légende: **Présentée à titre indicatif** seulement. Propose un diagnostic correspondant à la tendance actuelle. Si la tendance actuelle se maintient, on devrait arriver au même diagnostic à la fin de l'année financière si aucun correctif n'est apporté d'ici là.

+ entre 90 % et 110 % du résultat de l'année précédente à la même période.

\- moins de 90 % du résultat de l'année précédente à la même période.

? plus de 110 % du résultat de l'année précédente à la même période.

Les ressources humaines

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Personnel du réseau et du Ministère**
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[1] 2009-2010***
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,08	6,52	6,04
3.2 Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	20 %	50 %	20 %
3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	80 %	100 %	80 %
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières			47,27 %

Commentaires

On observe une diminution du ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées de 0,04. Comparativement aux résultats 2008-2009, la région présente un ratio très satisfaisant, en deçà de la cible établie pour l'année visée.

On remarque qu'il y a du travail à faire au niveau du pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier. Les efforts de recrutement et de rétention devront donc être redoublés afin de favoriser l'atteinte de la cible, ce qui représente un défi de taille dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre actuelle.

En ce qui a trait au pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier, même si la cible n'a pas été atteinte, il est important de noter la performance du CSSS de La Haute-Gaspésie, alors que le pourcentage est passé de 9,74 % en 2008-2009, à 1,67 % en 2009-2010. De plus, ce même établissement a dépassé de 0,14 % la cible visée à 1,53 %, ce qui a établi la performance du réseau à 80 % au lieu de 100 %.

Pour le pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières, les données comparatives ne sont pas disponibles, mais il est certain que la titularisation a contribué à augmenter la performance, même si la cible de 60 % n'a pas été atteinte.

UN PORTRAIT DES SALARIÉS

Le nombre de salariés à temps complet est en augmentation progressive depuis les trois dernières années avec une augmentation de 1,40 % de 2007-2008 à 2009-2010. Pour ce qui est des salariés à temps partiel régulier, on constate une diminution comparativement à l'an dernier, soit de 7,15 %. Pour ce qui est des employés occasionnels à temps partiel, on note une augmentation de 34,7 % de 2007-2008 à 2009-2010.

[1]Résultats en date du 25 mai 2010

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI CHEZ LE PERSONNEL SYNDIQUÉ (1)			
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
TCR	1 638	1651	1661
TPR (ÉTP)	704	811	753
SOUS-TOTAL	2 342	2462	2414
TPO (ÉTP)	653	775	879
TOTAL (ÉTP)	2 995	3237	3293

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)

(1) Excluant le personnel bénéficiant des mesures de sécurité d'emploi
TCR : temps complet régulier
TPR (ÉTP) : temps partiel régulier (équivalent temps plein)
TPO (ÉTP) : temps partiel occasionnel (équivalent temps plein)

UN PORTRAIT DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

On observe une légère hausse d'environ 1,2 % du personnel cadre à temps complet régulier comparativement à 2008-2009.

ÉVOLUTION DE L'EMPLOI CHEZ LE PERSONNEL CADRE (1)			
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
TCR	164	165	167
TPR (ÉTP)	8	9	8
TOTAL	172	174	175

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)

(1) Excluant le personnel bénéficiant des mesures de stabilité d'emploi
TCR : temps complet régulier
TPR (ÉTP) : temps partiel régulier (équivalent temps plein)

L'ENCADREMENT DANS LE RÉSEAU

Le niveau d'encadrement continue d'augmenter dans la région, ce qui signifie que les cadres ont davantage d'employés sous leur responsabilité. De façon générale, chaque cadre du réseau dirige en moyenne entre 25 et 30 personnes différentes à temps complet, à temps partiel régulier ou occasionnel pour totaliser l'équivalent de 18,82 temps plein. Il s'agit d'une charge de travail très importante en regard des activités reliées tant au niveau de la supervision administrative que de l'encadrement clinique.

ÉVOLUTION DU NIVEAU D'ENCADREMENT[1]			
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
PS	2 995	3 237	3293
PC	172	174	175
PS/PC	17,4	18,6	18,82

(1) Excluant le personnel bénéficiant de mesures de stabilité ou de sécurité d'emploi
PS : personnel syndiqué
PC : personnel cadre
PS/PC : nombre de syndiqués par cadre (en équivalent temps plein)

MICROPROGRAMME EN GESTION ET DÉVELOPPEMENT DES ORGANISATIONS (2E CYCLE)

Le réseau de la santé et des services sociaux québécois est confronté à de nombreux défis. Depuis les dernières années, des changements majeurs s'amorcent dans un contexte de pénurie appréhendée de main-d'œuvre. À cet égard, le renouvellement des cadres ainsi que le développement de leurs compétences en gestion sont devenus des enjeux importants.

Afin d'assister les gestionnaires actuels et futurs dans leur préparation et capacité à faire face aux défis qui les attendent, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, en collaboration avec le comité régional de développement du personnel d'encadrement et les directions des établissements de la région, offre une série d'activités pour soutenir le développement des gestionnaires, notamment par la mise en place d'un programme de 2e cycle sur mesure en gestion et développement des organisations.

La cohorte qui a débuté par un microprogramme en gestion et développement des organisations en janvier 2005 a permis à 26 personnes d'en obtenir le diplôme. De ces 26, 15 ont obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) et cheminent présentement à la maîtrise en gestion des organisations depuis l'automne 2009. Il est aussi à noter qu'en septembre 2009 a commencé une nouvelle cohorte de 31 personnes au microprogramme en gestion des organisations pour notre région.

En complément à ces programmes, l'Agence, en étroite collaboration avec le comité régional de développement du personnel d'encadrement, offre différentes formations ad hoc. L'exercice 2009-2010 a permis la présentation du 2e Colloque du comité régional de développement du personnel d'encadrement (CRDPE) qui a eu lieu en octobre 2009 à Carleton.

LA PRÉCARITÉ D'EMPLOI

Le portrait des dernières années tend à confirmer que 25 % des heures sont rémunérées à des salariés occasionnels à temps partiel.

ÉVOLUTION DES HEURES RÉMUNÉRÉES [1]			
	2007-2008	**2008-2009**	**2009-2010**
HRT	6 169 718	6 289 994	6 434 272
HR/SO	1 330 883	1 381 699	1 608 283
% SO/HR	21,57	21,97	25

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
HRT : heures rémunérées totales
HR/SO : heures rémunérées aux salariés occasionnels
SO/HR : pourcentage des heures rémunérées aux salariés occasionnels vs heures rémunérées totales

LA SANTÉ DES EMPLOYÉS

Depuis plusieurs années, le MSSS souhaite contenir le taux des absences liées à la santé au niveau qu'il était en 1998-1999. Pour la région, cela représente une cible à atteindre de 5,16 % (heures assurance salaire + heures travaillées). À cette fin, l'Agence, en 2005, a élaboré son *Plan d'action régional en gestion de la présence au travail 2005-2008* dans lequel est prévue l'application de mesures incitatives et de soutien aux établissements de la région. Ce plan fait actuellement l'objet d'une révision afin de bien répondre aux besoins actuels de nos établissements au niveau de la gestion de la présence au travail.

Le plan d'action régional, en lien avec les orientations ministérielles en matière de gestion de la présence au travail, couvre les cinq volets suivants :

1. Adhésion de la direction à une philosophie de gestion responsable eu égard à la présence au travail.
2. Disponibilité de données quantitatives pertinentes et détaillées.
3. Saine gestion médico-administrative.
4. Niveau adéquat d'activités en promotion-prévention des accidents et des maladies.
5. Révision de l'organisation du travail dans les secteurs démontrant un haut niveau d'absentéisme.

Ce plan fait suite à une détérioration du ratio régional en assurance salaire particulièrement, depuis 2003. En 2009-2010, des efforts ont été consentis en lien avec des objectifs de réduction à un ratio visé de 6,65. Les efforts déployés ont permis l'atteinte de l'engagement pour 2009-2010. Il est à noter que le ratio régional est passé de 6.08, l'an dernier, à 6,04 pour le présent exercice.

En collaboration avec l'Agence et le Ministère, des suivis et correctifs importants se poursuivent dans les établissements de la région. Par ailleurs, l'émergence et la consolidation d'une synergie régionale en gestion de la présence au travail se voudront un incontournable dans l'atteinte des objectifs à plus long terme.

ÉVOLUTION DES HEURES EN ASSURANCE SALAIRE [1]			
	2007-2008	2008-2009	2009-2010
% HAS Province	5,75		5,54
HT GIM	4 614 484	4 760 536	4 861 683
HAS GIM	321 519	285 955	290 286
$P GIM	5 841 634	5 574 375	5 670 359
% HAS GIM	7,03	6,08	6,04

Source : Rapports financiers des établissements (AS-471)
HT : heures travaillées
HAS : heures en assurance-salaire (excluant délai de carence)
% HAS : pourcentage des heures en assurance salaire
$ P : coût des prestations en assurance salaire (excluant délai de carence)

Note : Pour demeurer comparables aux chiffres calculés par le MSSS, les heures en temps supplémentaire ont été ajoutées aux heures travaillées en temps régulier.

Stratégies et perspectives régionales de main-d'œuvre GIM 2010-2015

Les besoins en termes de renouvellement de main-d'œuvre dans le domaine de la santé et des services sociaux sont importants depuis quelques années et le deviendront davantage avec le temps. Il est donc essentiel de poursuivre les efforts de recrutement et de diffusion d'information sur les métiers et professions du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, le réseau doit s'investir rigoureusement dans la valorisation du personnel en place.

La région a donc procédé à la rédaction d'un document intitulé : *Stratégies et perspectives régionales de main-d'oeuvre.* Cette stratégie régionale, dans le cadre de la gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO), est régie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 231). Elle est générée par l'application du cadre normatif en GPMO du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à qui elle doit être transmise après son adoption régionale.

Cette planification de main-d'œuvre (2010-2015) permet d'avoir un état de situation, de cibler les points problématiques, d'aider à prendre des décisions et de planifier des actions au niveau national, régional et local afin d'assurer les soins de santé et de services sociaux à la population.

Enjeux

La pénurie de main-d'œuvre peut avoir des impacts sur les travailleurs en place, c'est pourquoi il faut assurer leur valorisation (rétention du personnel) et miser sur des moyens de recrutement originaux.

La qualité de vie au travail est devenue, au cours des dernières années, un enjeu de premier ordre; c'est pourquoi le réseau doit se mobiliser pour réagir efficacement à cette réalité.

La génération « Y » qui constitue actuellement les nouveaux employés souhaite consacrer davantage de temps à la famille et à la vie personnelle. Les générations précédentes, soit la « X » et celle des *baby-boomers* accordaient beaucoup de temps au travail. Il est à prévoir que la prochaine génération, soit la « C », suivra les traces de la « Y » et allouera une pleine importance à la famille, à la santé personnelle et au réseau social. Les enjeux peuvent aussi se résumer de façon simple :

- Retenir notre personnel dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre;
- Redoubler les efforts de recrutement pour se démarquer;
- Miser sur la qualité de vie au travail et l'environnement sain.

AXES STRATÉGIQUES

1. Valoriser le personnel actuel afin de favoriser sa rétention et pour qu'il devienne un ambassadeur important pour le rehaussement de la notoriété et de la popularité des métiers et professions du réseau de la santé et des services sociaux.
2. Utiliser un langage adapté au public cible afin que le message attire l'attention et soit bien compris.
3. Profiter de la qualité de vie en Gaspésie et aux Îles, de même que de la beauté du paysage afin de faire valoir la région lors d'activités de recrutement.

Des moyens seront à privilégier au cours des prochaines années afin de mettre en application ces stratégies de communication.

Communications

Au cours de la dernière année, outre les activités de communication en lien avec la pandémie d'influenza qui a monopolisé le Service des communications de l'Agence pendant une bonne période, celui-ci a travaillé avec les établissements de santé et de services sociaux de la région afin d'assurer une communication proactive et souligner les activités et réalisations autant à l'Agence que dans le réseau.

La mise sur pied d'un bulletin web *Réseautage donne* ainsi l'occasion à tous les employés du réseau d'en savoir davantage sur des événements ou les activités marquants du réseau régional.

Un suivi du déroulement de la campagne de vaccination a également été effectué avec les répondants de communication dans les établissements. De plus, l'Agence a eu l'opportunité de travailler avec la firme SFI Inc. afin de dresser un bilan de l'opération pandémie dans la région sous l'angle des communications et de mesurer la couverture médiatique. Il en ressort que la région s'est démarquée très favorablement pour ses activités de communication et la couverture médiatique et que la région a tout intérêt à poursuivre sur cette lancée et assurer une présence médiatique constante.

Le Service des communications de l'Agence a également travaillé en support au comité de direction et du personnel de l'Agence de même qu'auprès des établissements dans le cadre d'activités ou de dossiers particuliers. De plus, il a été impliqué dans la tenue d'activités de presse, de visites ministérielles et autres événements régionaux nécessitant l'implication des communications. Le Service des communications a également assuré la coordination et la logistique de la préparation de l'audition de l'Agence en Commission parlementaire.

Les ressources matérielles, financières et informationnelles

BUDGETS DE FONCTIONNEMENT POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE 2009-2010

Au cours de l'année financière 2009-2010, les établissements de santé et de services sociaux de la région Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ont reçu des revenus de 287,18 M$.

Ces revenus proviennent de diverses sources :

- Budget de base net versé par l'Agence : 263,71 M$
- Contribution des usagers hébergés (services non assurés, services aux non-résidents, etc.) : 17,63 M$
- Activités accessoires : équipes locales de santé au travail, services aux autochtones (CJ), revenus de stationnement, etc. : 5,84 M$

BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS		
ÉTABLISSEMENT	2008-2009	2009-2010
	BUDGET $	BUDGET $
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie	29 828 907	30 369 286
Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé	41 283 989	42 242 350
Centre de santé et de services sociaux des Îles	36 079 018	37 539 254
Centre de santé et de services sociaux de la Baie-des-Chaleurs	65 900 043	69 148 054
Centre de santé et de services sociaux de La Côte-de-Gaspé	50 002 348	51 863 871
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	13 351 007	14 063 674
Centre de réadaptation de la Gaspésie	17 545 531	18 482 928
TOTAL	**253 990 843**	**263 709 417**

Comme on peut le constater au tableau précédent, l'enveloppe régionale nette versée par l'Agence aux établissements de la région a augmenté de près de 9,72 M$ par rapport à l'année 2008-2009.

Cette augmentation est principalement composée des éléments suivants : l'indexation budgétaire de base, le rehaussement du budget des médicaments et des fournitures médicales, le budget de développement alloué selon le nouveau mode d'allocation par programme et l'équité salariale.

SITUATION FINANCIÈRE

Parmi les sept établissements de la région, quatre ont réalisé des surplus d'opération pour un montant de 422 531 $, tandis que les trois autres ont terminé l'année en situation déficitaire de 3,39 M$. Une cible maximale déficitaire régionale de 1 M$ a été répartie entre trois centres de santé, de ce montant, 0,65 M$ a permis de réduire le déficit non autorisé à 2,74 M$.

Le tableau suivant démontre que la situation financière régionale s'est améliorée au cours de l'année 2009-2010. En effet, le déficit d'opération de l'ensemble des établissements est passé de 3,83 M$ en 2008-2009 à 3,39 M$ en 2009-2010. Des opérations importantes de redressement devront être réalisées dans deux centres de santé pour ramener l'équilibre budgétaire. L'Agence maintiendra son accompagnement afin de s'assurer que les objectifs soient atteints.

Au 31 mars 2010, les centres de santé affichaient des déficits accumulés totalisant 29,1 M$. Ces déficits demeurent à la charge des établissements. Des stratégies de remboursement des écarts à la cible déficitaire maximale autorisés devront être planifiées dans un calendrier convenu avec le MSSS.

Par ailleurs, deux établissements ont accumulé des surplus totalisant plus de 2,55 M$. Ces établissements pourront utiliser ce surplus pour améliorer l'offre de service à la population ou pour combler des écarts budgétaires.

RÉSULTATS FINANCIERS 2008-2009 et 2009-2010

SURPLUS (DÉFICITS) ACCUMULÉS AU 31 MARS 2010

ÉTABLISSEMENT	2008-2009		2009-2010			Au 31 mars 2010	
	Surplus $	Déficit $	Surplus $	Déficit $	Déficit autorisé $	Surplus accumulé $	Déficit accumulé $
CSSS de La Haute-Gaspésie		855 596	26 896		355 614		6 141 054
CSSS du Rocher-Percé	9 708		5 206				526 535
CSSS des Îles		2 140 717		2 255 462	365 864		10 969 566
CSSS de la Baie-des-Chaleurs	28 611			266 461	280 873		6 873 367
CSSS de La Côte-de-Gaspé		833 150		865 498			4 624 925
CJ Gaspésie/Les Îles	83 744		179 738			615 957	
CR de la Gaspésie	30 630		210 691			1 936 258	
TOTAL	**152 693**	**3 829 463**	**422 531**	**3 387 421**	**1 002 351**	**2 552 215**	**29 135 447**

IMMOBILISATIONS

SOMMAIRE DES BUDGETS ALLOUÉS EN 2009-2010

PROJETS D'IMMOBILISATION DE NATURE RÉNOVATION FONCTIONNELLE

Au cours de l'année 2009-2010, outre l'enveloppe régulière en rénovation fonctionnelle, la région s'est vue octroyer une subvention spécifique pour permettre de construire à neuf le Centre de réadaptation en dépendances L'Escale. L'Agence a donc réparti entre les établissements des subventions pour un total de 4 562 000 $. Plus spécifiquement, les dossiers suivants ont obtenu un support financier :

CSSS du Rocher-Percé	
Projets généraux priorisés par l'établissement	136 344 $
CSSS des Îles	
Remplacement des recouvrements murs et plancher au CLSC de Bassin	90 000 $
Financement pour les frais immobilier associés à l'installation du système PACS	36 680 $
Projets généraux priorisés par l'établissement	6 289 $
CSSS de La Côte-de-Gaspé	
Financement d'un programme fonctionnel et technique en PALV	34 000 $
Hotte de pharmacie	146 957 $
Réaménagement des unités 300 centre et 350 DISM	206 725 $
Installation d'un système anti-fugue	40 000 $
Installation de lève-personne	70 000 $
Financement pour les frais immobilier associés à l'installation du système PACS	110 630 $
Projets généraux priorisés par l'établissement	435 084 $
CSSS de La Haute-Gaspésie	
Construction neuve Centre de réadaptation L'Escale	2 800 000 $
Projets généraux priorisés par l'établissement	72 181 $
Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles	
Projets généraux priorisés par l'établissement	39 333 $
Agence de la santé et des services sociaux GIM	
Frais de gestion	75 000 $
Agrandissement, réaménagement et réfection extérieure	250 000 $
Projets généraux priorisés par l'établissement	13 546 $

PROJETS D'IMMOBILISATION DE NATURE MAINTIEN D'ACTIFS

SUBVENTION DISPONIBLE 6 868 716 $

L'investissement relié à cette enveloppe, en 2009-2010, a contribué à la réalisation de 82 projets en maintien d'actifs et en sécurité dans les établissements de la région. Près de 1 929 900 $ ont été engagés pour la réfection extérieure des bâtiments tandis que 709 200 $ ont servi aux aménagements intérieurs. Un montant de 3 726 500 $ a permis le remplacement d'équipement et le maintien des services tels que le chauffage/ventilation, la plomberie et l'électricité. Des travaux d'aménagement spéciaux ont été effectués au coût de 234 000 $. De plus, deux subventions ont été allouées à partir de la réserve régionale : l'une au Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie au montant de 343 436 $ pour un projet de remplacement de membrane de toiture et l'autre à l'Agence de santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine au montant de 724 814 $ pour un projet d'agrandissement, de réaménagement et de réfection extérieure.

ENVELOPPE D'ÉQUIPEMENT MÉDICAL

Depuis le 1er avril 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place un nouveau cadre de gestion pour le parc d'équipement médical. Pour ce faire, une enveloppe pour l'équipement médical a été décentralisée dans les établissements et remplace l'enveloppe d'équipement de haute technologie dédiée à cette fonction.

Actuellement, un montant de 3 509 534 $ pour le maintien du parc d'équipement médical est réparti entre chacun des établissements au prorata de la valeur de remplacement et de l'inventaire Actifs+Réseau. Cette enveloppe est consacrée exclusivement au remplacement ou au rehaussement du parc d'équipement.

Pour les premières années d'implantation, le Ministère s'est réservé 5 % de l'enveloppe nationale. Pour les Agences, ce pourcentage est de 10 % de l'enveloppe régionale pour l'année 2009-2010, ce qui représente 369 425 $. Des critères de gestion ayant déjà fait l'objet d'une approbation par le comité de coordination et de consultation des affaires médicales (CCCRAM) s'appliquent pour l'accès à la réserve régionale.

Avec ce nouveau cadre de gestion, les établissements doivent mettre en place un mécanisme d'évaluation des besoins, de suivi et de reddition de comptes en effectuant un plan triennal qu'ils transmettent à l'Agence pour approbation.

ENVELOPPE D'ÉQUIPEMENT NON MÉDICAL ET MOBILIER

Le Ministère a mis en place un cadre de gestion pour le parc d'équipement non médical et mobilier. En 2009-2010, une enveloppe de 1 027 914 $ pour le maintien du parc d'équipement est répartie entre chacun des établissements au prorata de la valeur du parc d'équipement. Cette enveloppe est dédiée exclusivement au remplacement ou au rehaussement du parc d'équipement non médical et mobilier

Pour les premières années d'implantation, le Ministère s'est réservé 5 % de l'enveloppe nationale. Pour les agences, ce pourcentage est de 10 % de l'enveloppe régionale pour l'année 2009-2010, ce qui représente 102 791 $.

Enveloppe des dépenses de nature capitalisable

Un budget de 656 100 $ pour l'enveloppe des dépenses de nature capitalisable est réparti entre les établissements en proportion de leur budget de fonctionnement. Ce budget sert à financer l'achat d'équipements acquis sous forme de location/achat, comme par exemple les photocopieurs. Une seconde partie de cette enveloppe est réservée à l'Agence afin de financer les projets d'informatisation du réseau.

Plan régional sur le circuit du médicament

Le *Plan régional sur le circuit du médicament 2007-2012* prévoyait, en phase 1, l'acquisition de chariots pour la distribution des médicaments. Cette distribution se fait aux 24 heures pour la courte durée et aux sept jours pour la longue durée pour trois des cinq CSSS, soit les CSSS du Rocher-Percé, des Îles et de La Haute-Gaspésie. De plus, le CSSS de La Côte-de-Gaspé avait comme priorité la mise en place d'un système centralisé d'additifs aux solutés.

Aux termes de la phase 1, nous constatons qu'une large partie des objectifs a été réalisée.

Les CSSS du Rocher-Percé et des Îles ont participé à l'achat regroupé pour l'acquisition de chariots pour la distribution des médicaments pour la courte et la longue durée.

Le CSSS de La Haute-Gaspésie a connu des problèmes l'obligeant à reporter l'acquisition de chariots de distribution.

Le CSSS de La Côte-de-Gaspé a vu se réaliser les mises à jour de son système d'additifs aux solutés ainsi que sa hotte en oncologie.

Enfin, le CSSS de la Baie-des-Chaleurs n'était pas concerné par la phase I, le projet d'acquisition d'une emballeuse-ensacheuse automatisée avec les chariots de distribution étant prévu pour la phase II.

Maintien des actifs informationnels

Pour l'année 2009-2010, un montant de 486 325 $ a été réparti dans la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine afin de rehausser les postes de travail et de maintenir un parc informatique à jour.

Depuis 2007-2008, c'est plus de 1 040 125 $ qui ont été rendus disponibles aux établissements de la région pour le maintien des actifs informationnels. L'inventaire de micro-ordinateur au mois de juin 2009 s'élevait à 2 243 postes de travail.

Déploiement du système d'information en radiologie

La région s'est engagée dans l'informatisation du domaine de l'imagerie médicale. Le premier système à déployer est le système d'information en radiologie (SIR) qui est au cœur des départements de radiologie. Le SIR doit assurer l'identification des patients et l'envoi des données d'activités du département. Il doit entre autres être connecté (2010) aux systèmes d'acquisition (modalités) et de gestion des images archivées (PACS) (Picture Archiving Communication System) pour l'organisation de la production des examens.

D'importants travaux ont donc permis de déployer dans l'ensemble des cinq centres de santé et de services sociaux de la région. Ce projet a nécessité des investissements d'environ 1 200 000 $.

DÉPLOIEMENT DU SYSTÈME D'ARCHIVAGE (PACS) EN RADIOLOGIE

L'année 2009-2010 a permis d'amorcer les travaux concernant le déploiement du PACS pour l'ensemble des cinq centres de santé et de services sociaux et leurs points de service nécessitant l'utilisation de ce système. Les équipements ont été livrés au début de l'année 2010 et les travaux d'immobilisation devraient être complétés pour le début du déploiement prévu au printemps. Ce projet, à terme, prévoit l'accès par les radiologistes des images archivées quelques soient l'endroit en province où un patient a reçu des services en imagerie médicale. L'ensemble du budget prévisionnel pour le domaine de l'imagerie médicale (PACS-SIR) est de l'ordre de 5 700 734 $ pour la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Les organismes communautaires

La région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte 106 organismes communautaires. Ceux-ci ont poursuivi leur mission et maintenu leur statut auprès de l'Agence. De ce nombre, 93 organismes sont admis ou admissibles pour le financement à la mission globale. Par ailleurs, 13 organismes sont éligibles à un financement spécifique en raison de leur rattachement à un autre ministère en appui à la mission globale, ou du fait que leur mission découle de l'application d'une loi ou d'une politique émanant du gouvernement québécois.

Dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC), l'Agence a subventionné 89 organismes communautaires autonomes en appui à la mission globale en 2009-2010. Parmi les organismes recevant un financement en appui à la mission globale[2], 10 organismes ont également reçu un financement en entente spécifique pour des activités complémentaires à leur mission. Toujours dans le cadre du PSOC, l'Agence a attribué un soutien financier récurrent en entente spécifique à 11 organismes non éligibles au financement à la mission globale, ainsi qu'un financement ponctuel à cinq organismes communautaires reconnus.

[2] Sommes versées à un organisme pour lui permettre de se doter de l'organisation minimale nécessaire à la réalisation de ses objectifs (administration, secrétariat, organisation des services, activités éducatives, infrastructures, représentation, concertation, etc.).

Dans les autres programmes de financement disponibles à l'Agence, six organismes communautaires ont reçu un financement dans le cadre du Programme d'activités préventives reliées au travail de milieu et six autres organismes dans le cadre du Programme d'aide à l'action concertée.

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES EN LIEN AVEC CHACUN DES PROGRAMMES-SERVICES*	
PROGRAMME-SERVICE	**NOMBRE D'ORGANISMES ACTIFS EN 2009-2010**
Santé mentale	11
Perte d'autonomie liée au vieillissement	11
Déficience intellectuelle et TED	11
Déficience physique	12
Dépendances	15
Jeunes en difficulté	29
Santé physique	4
Santé publique	22
Services généraux	25

* Un organisme communautaire peut être en lien avec un ou plusieurs programmes-services

CONSOLIDATION FINANCIÈRE

Au cours de l'année financière 2009-2010, on observe une augmentation du financement général accordé aux organismes communautaires de l'ordre de 172 383 $ passant de 11 673 851 $ en 2008-2009 à 11 846 234 $ en 2009-2010. Ce financement est principalement constitué du *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) qui a amorcé l'année financière avec un budget consolidé de 11 060 120 $ incluant l'indexation annuelle de 1,4 %. D'autre part, le soutien financier initial provient également du *Programme d'activités préventives par le travail de milieu* pour un montant de 359 873 $, ainsi que du *Programme d'aide à l'action concertée* pour une somme de 84 058 $.

L'Agence a injecté sur une base récurrente dans le cadre du PSOC un budget de développement de 45 000 $ associé à la consolidation des deux CALACS de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. De plus, un montant récurrent de 102 859 $, provenant de la Stratégie d'action jeunesse, a été transféré dans le PSOC afin de soutenir le financement à la mission globale des maisons de jeunes. Ce montant était octroyé aux maisons de jeunes sur une base non récurrente depuis trois ans. Finalement, 194 324 $ ont été versés sur une base non récurrente afin de répondre à des besoins ponctuels exprimés par certains organismes.

SUBVENTION AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PAR PROGRAMME-SERVICE – 2007-2010			
PROGRAMME-SERVICE	**2007-2008 $**	**2008-2009 $**	**2009-2010 $**
Santé mentale	115 834	154 055	40 963 *
Perte d'autonomie liée au vieillissement	12 751	3 191	15 000
Déficience intellectuelle et TED	0	0	0
Déficience physique	0	18 334	0
Dépendances	349 659	404 904	359 873
Jeunes en difficulté	105 842	233 228	113 833
Santé physique	46 420	0	15 000
Santé publique	121 672	184 817	229 445
Services généraux	469 108	84 974	12 000
Sous-total	1 221 286	1 083 503	786 114
Soutien aux organismes communautaires (budget initial incluant l'indexation annuelle)	9 397 690	10 590 348	11 060 120
Total	10 618 976	11 673 851	11 846 234

*L'investissement dans le programme Santé mentale inclut le montant non récurrent octroyé au Centre Accalmie (15 701 $) qui fait partie également du programme-service Dépendances.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (PSOC)

L'Agence a reçu 101 demandes d'aide financière dans le cadre du *Programme de soutien aux organismes communautaires* qui amorçait l'année financière 2009-2010 avec un budget récurrent de 11 060 120 $, permettant de soutenir principalement la mission globale des organismes communautaires autonomes et également donner accès à un soutien financier par le biais d'ententes spécifiques. La consolidation financière des deux CALACS (45 000 $), le transfert du montant récurrent de la Stratégie d'action jeunesse vers le PSOC (102 859 $) et le transfert de solde de fonds (3 178 $) vers la modalité de financement projet ponctuel permet au *PSOC* de boucler son budget récurrent 2009-2010 avec un montant consolidé de 11 211 157 $.

Le PSOC maintient toujours son objectif de prépondérance comme source de financement à la mission globale en allouant une part de 10 545 769 $ aux organismes communautaires autonomes, ce qui représente 89,1 % du financement global versé par l'Agence à l'ensemble des organismes reconnus, soit 11 826 141 $ pour l'ensemble de ses programmes et des autres sources budgétaires.

D'autre part, le PSOC a consacré par la modalité de l'entente spécifique un montant de 590 273 $ alors que le financement ponctuel s'élevait à 71 937 $. Le financement en appui à la mission globale représente 94 % du financement alloué dans le cadre du PSOC, soit 11 207 979 $.

ÉVOLUTION DES SUBVENTIONS VERSÉES 2007-2010 PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES			
PRORAMME-SERVICE	**2007-2008 $**	**2008-2009 $**	**2009-2010 $**
Santé mentale	1 627 902	1 831 252	1 882 747
Perte d'autonomie liée au vieillissement	933 775	947 780	961 049
Déficience intellectuelle et TED	378 065	425 655	431 615
Déficience physique	208 854	284 901	288 890
Dépendances	387 688	418 503	449 712
Jeunes en difficulté	1 475 473	1 608 208	1 733 582
Santé physique	154 842	162 240	164 511
Santé publique	402 336	523 348	619 237
Services généraux	4 239 078	4 541 123	4 604 699
Solde engagé en financement ponctuel	16 785	74 132	71 937
Total	**9 824 798**	**10 817 142**	**11 207 979**

LES DOSSIERS IMPORTANTS EN 2009-2010

ACTUALISATION DU CADRE DE FINANCEMENT RÉGIONAL

Le Cadre régional de financement des organismes communautaires adopté par l'Agence en février 2008 prévoyait la détermination des loges typologiques, du rayonnement et du seuil plancher de chacun des organismes communautaires reconnus. Un comité, formé de trois représentants de l'Agence et du sous-comité de financement du ROCGÎM, s'est réuni à quatre reprises en 2009-2010 pour procéder au classement des organismes communautaires.

La majorité des organismes ont reçu leur typologie, leur rayonnement et leur seuil plancher. Il est à noter que ce classement vise à doter l'Agence d'un objectif de progression dans le financement des organismes communautaires. Le rythme d'atteinte du seuil plancher est conditionnel aux crédits disponibles, aux orientations dégagées par le MSSS ainsi qu'aux objectifs de développement des organismes communautaires.

Cet exercice a permis de mettre en lumière certaines préoccupations du milieu communautaire et de faire ressortir certaines difficultés reliées au déploiement des organismes à rayonnement régional, principalement ceux de type milieu de vie. Il a été constaté, lors des travaux, qu'il y a peu d'expériences de déploiement positif jusqu'à maintenant et que les organismes à rayonnement régional sont relativement sous-financés. Selon le comité, il est nécessaire d'entamer une réflexion à ce sujet.

Le comité s'est également questionné sur le nombre de places financées par le seuil plancher des maisons d'hébergement et sur le montant de base par lit. Des précisions seront apportées au cadre de financement pour répondre au questionnement soulevé.

REDDITION DE COMPTES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence a entrepris diverses actions pour répondre aux attentes du MSSS à l'égard de la reddition de comptes des organismes communautaires. Ces actions s'inscrivent, d'une part, dans la foulée du dépôt du rapport du Vérificateur général portant sur le soutien financier aux organismes et du plan d'action du MSSS à cet égard et vise à répondre d'autre part, aux exigences reliées à l'application du cadre de référence sur la reddition de comptes des organismes communautaires.

L'Agence a procédé au printemps 2009 à la diffusion du cadre de référence auprès de l'ensemble des organismes communautaires reconnus, et a soutenu financièrement la tenue de sessions de formation afin d'habiliter les organismes à répondre aux exigences.

Dans le cadre de leurs responsabilités à l'égard de la planification et de la coordination des services et activités des organismes communautaires, les professionnels de chacune des directions de l'Agence sont amenés à analyser le rapport d'activité et le rapport financier des organismes. Au début de l'année financière 2010-2011, une formation sera réalisée afin de les soutenir dans l'analyse des différents éléments de reddition de comptes des organismes communautaires.

Un retour sera effectué auprès des organismes afin de leur refléter la qualité de leur reddition de comptes. Des ajustements seront demandés aux organismes n'ayant pas remis une reddition de comptes conforme aux exigences du cadre de référence.

RENCONTRE STATUTAIRE

Au cours de la dernière année, l'Agence et le Regroupement des organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine (ROCGIM) ont tenu une rencontre statutaire afin de procéder au suivi des dossiers en cours et d'échanger sur les enjeux régionaux et nationaux. Il a été convenu de revenir à un minimum de deux rencontres par année, comme stipulé dans le *Cadre de référence* balisant les interactions de la régie régionale et des organismes communautaires afin de maintenir un suivi plus dynamique de l'ensemble des dossiers.

INTENSITÉ DES SUIVIS ADMINISTRATIFS

L'année qui se termine a été marquée par un nombre important de suivis administratifs effectués par l'Agence auprès des organismes communautaires. Ces suivis se caractérisent par la gravité des crises affectant le fonctionnement général des organismes et par la difficulté des membres de C. A. à prendre la situation en main. L'Agence est à identifier des moyens afin de soutenir les gestionnaires et les membres de C. A. des organismes communautaires de façon à ce qu'ils puissent exercer leurs rôles et responsabilités adéquatement

Le comité conjoint sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire

À l'échelle nationale, l'Agence a complété sa participation dans le cadre du sous-comité pour le financement du comité conjoint sur la valorisation et la consolidation de l'action communautaire en santé et services sociaux. À l'issu des travaux, le milieu communautaire, les agences et le MSSS ont réussi à s'entendre sur les principaux enjeux à mettre en lumière, de même que sur les recommandations visant à valoriser et consolider le programme de soutien aux organismes.

Le document a été déposé pour consultation auprès des agences et des groupes communautaires en février 2010.

Le Cadre de relation entre les CSSS et les organismes communautaires

Le *Cadre de relation entre les CSSS et les organismes communautaires* vise à définir les principes et préciser les modalités d'un partenariat entre les deux parties. Il souhaite présenter les rôles et mandats des partenaires concernés et rappeler la nature caractéristique des organismes communautaires autonomes, telle que définie dans le cadre sur les interactions entre l'Agence et les organismes. Ce cadre vise à présenter des mécanismes de collaboration et proposer un protocole d'entente type pour faciliter les relations.

Les travaux sont amorcés et le document sera en consultation auprès des organismes communautaires et des CSSS au cours de l'automne 2010.

Pandémie d'influenza A(H1N1)

En avril 2009, les autorités sanitaires mexicaines déclaraient à l'OMS l'apparition de cas d'influenza, d'une nouvelle souche identifiée peu après : il s'agit d'une influenza d'origine porcine. Dès lors, les forces vives du réseau de la santé et des services sociaux de la région sont mobilisées autour de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pandémie à l'intérieur des cinq différents volets, à savoir : la santé publique, la santé physique, le maintien des activités, les services psychosociaux et les communications.

Cette opération a nécessité un travail de coordination important afin d'assurer la mise en œuvre du plan de lutte contre la pandémie et la cohésion des activités au niveau provincial, régional et local. Un suivi étroit auprès des établissements, une réponse rapide à leurs besoins, des activités bien planifiées, une mobilisation constante des acteurs impliqués et des lignes de communication claires ont permis à la région de se démarquer favorablement et d'atteindre une couverture vaccinale de 73 %.

En matière de santé publique, la surveillance a impliqué les cliniciens, les infirmières en prévention des infections et les laboratoires, qui ont déclaré les cas et les éclosions d'influenza à la Direction de santé publique. Du 24 avril au 29 août 2009 (première vague), la région comptait six cas confirmés, dont trois cas admis et aucun décès. De fait, elle fut parmi les moins touchées au Québec. Du 30 août au 6 janvier 2010, on dénombrait dans la région 191 cas confirmés, 44 cas hospitalisés (dont sept séjours aux soins intensifs) et deux décès. La deuxième vague, qui officiellement a pris fin dans la semaine du 13 au 19 décembre, a été dans la région beaucoup plus importante.

Section 3

Les programmes-services

Dans la première section, vous trouverez les fiches de reddition de comptes déterminées avec le ministère de la Santé et des Services sociaux de même que le bilan des principales activités réalisées dans chacun des programmes-services.

Services généraux psychosociaux

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC).	3 389	3 000	3 669
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC).	3,64	3,86	3,56

Commentaires

Globalement, le nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux a poursuivi sa progression et continue à s'inscrire sensiblement au-delà de la cible fixée en 2009-2010. Le nombre d'usagers a augmenté notamment en raison des correctifs apportés dans l'affectation de certains usagers en regard des centres d'activités (profil 810/736/546). D'autre part, un manque d'effectifs médicaux dans un établissement aurait induit une augmentation significative des demandes de services psychosociaux. Une seule installation a vécu une baisse sensible du nombre d'usagers en raison de l'absence temporaire de deux professionnels assignés aux services psychosociaux, sans toutefois s'inscrire en deçà de la cible fixée.

Quant à l'intensité des services, on remarque que la cible n'est toujours pas atteinte et que le nombre moyen d'interventions a légèrement diminué. L'explication se trouve dans l'effet dynamique des réalités touchant le manque d'effectifs médicaux et l'absence temporaire de professionnels.

Le programme Services généraux psychosociaux a vécu une année de grands développements avec l'implantation du Programme d'évaluation, de traitement et de recherche pour les auteurs d'agression sexuelle (PETRAAS). Ce programme est offert aux détenus provinciaux de crimes de nature sexuelle, par une équipe spécialisée rattachée au Centre de santé et de services sociaux du Rocher-Percé, à l'établissement de détention de Percé.

Le programme résulte d'une collaboration étroite avec le ministère de la Sécurité publique (MSP) et recevra des détenus de l'ensemble des établissements de détention du Québec pour participer au programme de six mois. Ce projet comporte plusieurs éléments d'innovation très importants, puisque ce sera la première fois que des services spécialisés seront offerts en milieu carcéral à des détenus ayant écopé de courtes peines (moins de deux ans). De plus, ces services seront offerts à des personnes présentant des caractéristiques et des niveaux de risque très différents.

Les rénovations de l'établissement de détention de Percé devront être terminées en avril 2010, ce qui permettra le début du programme.

Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et TED**
Objectif de résultat 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC).	220	210	219
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED.	14,08	13,5	15,47

Commentaires

Le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement qui ont reçu des services de soutien à domicile est resté presque identique à celui de l'an dernier. Nous pouvons constater que les résultats sont supérieurs à la cible fixée pour 2009-2010. Certains établissements ont connu une baisse sensible du nombre d'usagers desservis en soutien à domicile, mais cette réalité s'est traduite par une intensification des services offerts à cette clientèle. D'ailleurs, le nombre moyen d'interventions au niveau régional a légèrement augmenté et s'inscrit nettement au-delà de notre engagement régional. L'intensification des services en soutien à domicile touchait particulièrement les soins d'hygiène et le soutien psychosocial.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soutien à domicile – Déficience intellectuelle et TED**
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	148	150	159

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien par allocation directe a légèrement progressé et dépassé la cible fixée en 2009-2010. Pour l'ensemble des établissements, cette clientèle bénéficie d'une bonne accessibilité pour le soutien par allocation directe.

ORIENTATIONS RÉGIONALES

Les orientations régionales en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement ont été adoptées par le conseil d'administration. En conséquence, les travaux sur la hiérarchisation des services (1re et 2e ligne) ont débutés.

HIÉRARCHISATION DES SERVICES

En cohésion avec le *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*, les orientations régionales DI-TED et l'architecture des services de santé et des services sociaux (MSSS 2004), la région a continué les travaux visant à développer l'offre de service de 1re ligne pour la clientèle ayant une DI ou un TED. Concrètement, le plan d'accès permet de développer de nouveaux services de 1re ligne, notamment l'intervenant pivot et les services de réadaptation en CSSS.

TED SANS DI

Un projet de prise en charge de la clientèle TED sans DI par les deux établissements ayant des mandats de 2e ligne a été implanté cette année, et ce, conformément aux délais prescrits au *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Ce projet sera bonifié par la relation de la hiérarchisation des services entre la 1re et la 2e ligne.

Déficience physique

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soutien à domicile – déficience physique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[3] 2009-2010***
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	960	900	929
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	24,82	24,5	24,68

Commentaires

L'exercice majeur de réduction des doubles profils, qui a permis de régulariser le nombre de personnes avec profil DP dans les dernières années, crée toujours un impact sur le nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile offerts par les CSSS (mission CLSC). L'engagement des établissements étant bien au dessus des cibles, ces dernières sont quant à elles atteintes. Plusieurs établissements ont largement dépassé leur engagement. Un seul établissement est nettement en deçà de son engagement, ayant procédé à la révision des profils et de la charge de travail des intervenants, ce qui a pour effet de réduire le nombre d'usagers DP et d'induire une diminution au plan régional comparativement aux résultats de l'année dernière.

Il est important de signaler qu'il n'y a présentement aucune attente des services SAD pour les clients en déficience physique. Toutefois, la pénurie de personnel dans certains secteurs du soutien à domicile rend plus difficile la rencontre de nos engagements quant au nombre moyen d'interventions. En contrepartie, la mise en place du Plan d'accès DP-DI-TED a favorisé l'embauche d'intervenants pivot-réseau et la réévaluation des PI et PSI. Dans un territoire, plusieurs cas d'usagers DP requièrent beaucoup de services afin de pouvoir les maintenir à domicile et éviter leur hébergement en CHSLD. Ce territoire n'a actuellement pas de ressources intermédiaires en déficience physique qui permettrait de les héberger dans un milieu adéquat.

[3]Résultats en date du 25 mai 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Soutien à domicile – Déficience physique
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.	158	164	196

Commentaires

Le nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien à domicile par allocation directe dépasse largement les résultats 2008-2009 ainsi que les engagements régionaux pour 2009-2010. De façon générale, les établissements ont maintenu ou ont légèrement augmenté le nombre de personnes rejointes. La performance régionale tient à un établissement qui a plus que doublé le nombre de personnes desservies, mais l'établissement n'a pas été en mesure de nous justifier les raisons qui ont induit cette réalité. Une analyse sera faite au cours de la nouvelle année financière 2010-2011.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services spécialisés – Déficience physique
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation.	1 240	1 158	1328

Commentaires

Depuis 2008-2009, on remarque une progression significative du nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation. Deux facteurs peuvent expliquer ces résultats : d'abord, la diminution de bris de service reliée à une plus grande stabilité dans la prestation des services professionnels, et d'autre part, une diminution du nombre moyen des heures de prestation de service en déficience motrice et en déficience du langage s'est traduite par une capacité à desservir un plus grand nombre d'usagers. Il est important de souligner également que la clientèle référée par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) a connu une baisse au cours des deux dernières années, ce qui a permis de desservir davantage d'usagers en déficience motrice.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Cette priorité ministérielle, en vue de servir les personnes ayant une déficience dans des délais prescrits, amorce des changements de processus dans les établissements. Le plan d'accès s'est attardé principalement, dans cette deuxième année, à élaborer un mécanisme d'accès régional aux programmes-services DP-DI-TED, à instaurer la fonction d'intervenant pivot réseau dans tous les établissements, à inscrire des plans d'intervention dans tous les dossiers, à coordonner la gestion des données dans les systèmes d'information ainsi qu'à instaurer le tout nouveau Système d'information pour personnes ayant une déficience (SIPAD) dans les centres de réadaptation.

D'autre part, la région a commencé à répondre aux besoins des nouveaux usagers de niveau de priorité élevé dans les délais prescrits par le plan d'accès.

Orientations régionales

Les orientations régionales en déficience physique ont été adoptées par le conseil d'administration. En conséquence, les travaux sur les trajectoires de services (définir les rôles des 1re et 2e lignes) et les mesures supplétives (établir des balises sur l'utilisation des mesures supplétives) ont été amorcés.

Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive

C'est en 2006 que l'Agence et le Centre de réadaptation de la Gaspésie ont adopté le Plan d'organisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive pour la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine en vue de mettre sur pied une Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive (URFI). Les travaux relatifs à l'ouverture de la première unité régionale dans le secteur Côte-de-Gaspé ont actuellement lieu et sont principalement axés sur l'aménagement des espaces physiques, sur le recrutement du personnel nécessaire au fonctionnement de cette unité ainsi que sur la programmation.

Programme régional de transport-hébergement

Des modifications ont été apportées au Programme régional de transport-hébergement des personnes vivant un handicap en 2009-2010. Le cadre de gestion de ce programme a été révisé afin de l'adapter aux réalités actuelles et d'assurer un soutien juste et équitable aux personnes bénéficiaires. Il vient préciser les critères d'admissibilité au programme et proposer des modalités administratives qui permettront de mieux servir les personnes ayant un handicap et d'en faciliter la gestion pour l'ensemble des acteurs impliqués.

La révision de la politique régionale nous a permis d'apporter des précisions pour l'objectif poursuivi par ce programme d'aide financière compensatoire et particulièrement concernant la clientèle visée. Ces précisions sont basées sur le cadre légal existant et sur les orientations régionales du programme Déficience physique. La nouvelle politique a été adoptée par le conseil d'administration de l'Agence à la séance régulière du 11 mars 2010.

Dépendances

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Jeu pathologique**
Objectif de résultat 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat[4] 2009-2010***
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique.	35	40	31

Commentaires

Les services de traitement de 2e ligne sont disponibles dans les points de services des CLSC de chaque MRC, mais sont peu utilisés. Certaines pistes de solution ont été mises de l'avant afin de régulariser cette situation. Premièrement, nous avons réalisé au printemps 2009 une campagne de promotion des services de traitement disponibles pour les personnes aux prises avec un problème de jeu et leurs proches. À l'été 2009, sous la supervision de la Direction de la santé publique, une recherche régionale sur l'incidence du jeu pathologique a été amorcée. Les résultats seront connus en 2010 et un plan d'action sera envisagé afin de tenir compte des résultats de la recherche. Finalement, l'Agence vient d'offrir à tous les intervenants en 1re ligne des CSSS une formation afin de mieux dépister les personnes aux prises avec un problème de dépendances et notamment de jeu pathologique.

ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE 1RE LIGNE

La consolidation des services de 1re ligne du programme Dépendances dans les CSSS a été complétée au cours de l'année 2007-2008 dans tous les CSSS de la région. Au cours de la présente année, en collaboration avec les CSSS et le Centre de réadaptation en dépendances l'Escale (CRD-GIM), l'Agence a procédé à une évaluation de la mise en œuvre des services de 1re ligne du programme Dépendances dans la région. Cette évaluation a été réalisée en tenant compte des attentes ministérielles formulées dans les *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience du programme Dépendances,* offre de service 2007-2012. Il a été retenu comme priorité d'intensifier les actions visant à dépister et à intervenir précocement auprès des jeunes de moins de 18 ans aux prises avec un problème de dépendances.

CAMPAGNE DE PROMOTION DU PROGRAMME ALCOCHOIX+

Le MSSS a développé le programme Alcochoix+ à l'intention des femmes et des hommes préoccupés par leur consommation d'alcool. Ce programme a pour objectif de modifier leurs habitudes de consommation excessive, en leur redonnant la capacité d'agir sur la quantité d'alcool qu'ils consomment. Ce programme joue un rôle de premier plan au sein de la gamme des services régionaux, puisqu'il permet une intervention précoce et brève en centre de santé et de services sociaux. Il s'inscrit dans l'offre de service 2007-2012 du programme Dépendances. Au cours de l'année 2008-2009, le programme Alcochoix+, bien que disponible dans tous les CSSS, a été très peu utilisé par la population. Pour cette raison, l'Agence prépare une campagne de promotion du programme pour diffusion dans notre région.

[4] Résultats en date du 25 mai 2010

Orientations régionales relatives au traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution

Au cours de l'année 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) publiait le *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.* Ce cadre de référence a pour objectif principal de fournir les assises d'une vision commune du traitement de substitution aux partenaires impliqués ou susceptibles de s'impliquer dans ce type de traitement afin d'en assurer la cohérence et de susciter une plus grande capacité de travailler en concertation.

Étant donné que ce type de service n'est pas disponible dans la région et pour donner suite à ces orientations permettant aux Gaspésiens et Madelinots d'y avoir accès, l'Agence a établi les orientations afin de préciser l'organisation des services à développer. Les travaux de consultation auprès des établissements concernés ont débuté et se poursuivront au cours de la prochaine année.

Sous-comité de travail sur les troubles concomitants

Santé mentale/Dépendances

Le comité de coordination et de concertation du programme Dépendances a mandaté un sous-comité afin d'évaluer l'état de l'offre de service aux personnes ayant une double problématique santé mentale/dépendances et de soumettre des recommandations pour ce qui est des orientations à adopter afin d'offrir les meilleurs services possibles aux personnes aux prises avec un problème concomitant.

La recommandation principale émanant des travaux est qu'un dépistage systématique doit être effectué afin de repérer les adultes aux prises avec un problème concomitant santé mentale/dépendances, et ce, par les services d'accueil/évaluation/orientation des CSSS, les services en périnatalité, les services de l'Escale (CRD) et les médecins omnipraticiens.

Sous-comité de travail sur l'offre de service aux jeunes

Le sous-comité de travail du comité de coordination et de concertation du programme Dépendances sur l'offre de service aux jeunes avait comme mandat de documenter l'offre de service aux jeunes de moins de 18 ans ayant une problématique de dépendances (1re, 2e et 3e ligne). Plus particulièrement, les travaux visaient à :

- Faire l'inventaire quantifiant les services offerts aux jeunes de la région;
- Évaluer les critères requis pour le service.

Les résultats du travail permettent de démontrer que les recherches sur la prévalence des problèmes de dépendances chez les jeunes laissent entrevoir un recours aux services beaucoup plus important qu'actuellement, autant dans les services de 1re ligne que de 2e ligne. Les recommandations du sous-comité touchent le dépistage, l'intervention précoce, le mécanisme d'accès ainsi que la gamme de services.

Jeunes en difficulté

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services de 1re ligne - Jeunes et leur famille en difficulté**
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC).	2 489	2 371	2556
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC).	6	7	6,41

Commentaires

Régionalement, le nombre d'usagers a légèrement augmenté comparativement à l'an dernier et se situe nettement au-delà des engagements fixés en 2009-2010. Deux territoires ont vécu une hausse sensible reliée au retour en poste de certains intervenants et à la diminution dans l'intensité des services au profit de l'augmentation du nombre d'usagers. Nous notons que le rattachement des interventions au bon profil d'intervention a eu une incidence sur la diminution du nombre d'usagers dans un territoire. Les autres territoires ont démontré une stabilité dans le nombre d'usagers desservis.

Quant au nombre moyen d'interventions, nous remarquons que la progression se poursuit (5,8 en 2007-2008 et 6 en 2008-2009). Il dépasse de façon significative le seuil de 6 en 2008-2009 et s'approche de la cible prévue de 7 en 2009-2010. À cet effet, les mêmes motifs qui ont induit une augmentation du nombre d'usagers desservis ont permis également d'intensifier le nombre d'interventions. On note également qu'une diminution du nombre moyen d'interventions a été enregistrée sur deux territoires en raison de l'absence d'une intervenante et de la volonté à rendre les services accessibles à un plus grand nombre d'usagers.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services de 2e ligne – Jeunes et leur famille en difficulté
Objectif de résultat 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA, dans un délai moyen d'attente de douze jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse.	7,4	7,5	7,8
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse.	4,9	10	8,5
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA.	7,3	14	5,3

Commentaires

Le délai moyen d'attente à l'évaluation (PJ) a été légèrement plus élevé que la cible régionale 2009-2010 fixée à 7,5 jours. Cependant, ce délai moyen reste nettement plus bas que la cible nationale 2010 fixée à douze jours. L'écart avec la cible régionale est relié principalement à des difficultés de recrutement de personnel à la succursale Bonaventure-Avignon, jumelé à une entrée importante de signalements pour cette même succursale. Les postes sont maintenant comblés et la situation devrait se résorber dans les prochains mois.

Pour ce qui est du délai moyen pour l'application des mesures (PJ), les résultats sont très bons, étant plus bas que la cible régionale 2009-2010 de dix jours et nettement plus bas que la cible nationale 2010 de 30 jours. Finalement, les résultats quant au délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge (LSPJA) sont très bons, étant nettement plus bas que la cible régionale 2009-2010 et la cible nationale 2010 qui sont toutes les deux de 14 jours.

Notons que le taux de nouveaux placements en centre jeunesse qui est de 2,88 est nettement plus bas que la cible régionale 2009-2010 et la cible nationale 2010 qui sont toutes les deux de sept placements par 1 000 jeunes.

Offre de service 2007-2012 du programme Jeunes en difficulté

Une activité régionale d'appropriation de l'offre de service a été organisée en avril 2009 et a permis aux directions générales des établissements et aux cadres concernés de développer une compréhension commune de l'offre de service, de préciser les rôles et responsabilités du MSSS, de l'Agence et des établissements, d'identifier les impacts de sa mise en place sur l'organisation des services et de cibler les conditions nécessaires pour atteindre les standards prévus.

Plan de formation Jeunes en difficulté 2008-2010

Le plan de formation vise le développement de nouvelles compétences nécessaires à la mise en application de l'offre de service du programme Jeunes en difficulté. Une formation nationale sur la notion de projet de vie a été offerte à une soixantaine de gestionnaires et intervenants concernés du Centre jeunesse Gaspésie/Les Îles et des CSSS. Des formations nationales sont également en élaboration, notamment un programme d'accueil et d'intégration pour les nouveaux intervenants travaillant auprès des jeunes en difficulté, de même qu'une formation portant sur le PSI à laquelle les intervenants et gestionnaires des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation seront conviés en 2010-2011.

Service Programme d'intervention en négligence

En 2012, tous les territoires des CSSS devront être couverts par un programme spécifique d'intervention en négligence. L'Agence supporte, via un financement provenant de la *Stratégie d'action jeunesse 2010-2014*, la mise en place d'un chargé de projet dès 2009-2010 dans tous les réseaux locaux de services. La responsabilité de l'implantation de ce service relève des CSSS, en collaboration avec les centres jeunesse. Dans la région, c'est le Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire, le PAPFC-2, qui sera mis en place.

Service Équipe d'intervention jeunesse (EIJ)

Tous les réseaux locaux de services (RLS) sont maintenant couverts par une EIJ. Des critères d'accessibilité sont définis dans chaque RLS et le plan de services individualisé (PSI) est le principal outil de travail. Le délai moyen entre l'obtention du consentement au PSI et l'élaboration de celui-ci n'excède pas 30 jours comme il est prévu aux standards d'accès. Afin de s'assurer de la réussite de ce mécanisme de coordination, l'Agence finance l'embauche d'une ressource régionale à raison d'une journée par semaine.

Entente de collaboration CJ-CR et CJ-CRDI-TED

L'Agence a soutenu les établissements dans l'élaboration d'une entente de collaboration visant la clientèle de 0 à 17 ans présentant ou soupçonnée de présenter une DI, un retard global de développement ou un TED et dont la situation est signalée au directeur de la protection de la jeunesse pour l'un ou l'autre des motifs prévus aux articles 38 et 38.1 de la LPJ, ainsi que ceux dont la situation est prise en charge par le directeur provincial en vertu d'une des dispositions de la LSJPA. L'entente sera en vigueur en 2010-2011.

Comité régional MSSS–MELS

Le comité régional a poursuivi ses travaux en lien avec les priorités de son plan de travail 2007-2010, notamment la rédaction d'un manuel de référence sur les PSI. Ce manuel constitue un guide d'accompagnement pour soutenir l'implantation et la réalisation des démarches de PSI, en facilitant la cohérence des interventions et la continuité des services auprès des jeunes et de leurs parents. L'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux adhère au contenu du manuel et signale les gains que procurera cette démarche dans la continuité des services.

Stratégie d'action jeunesse 2006-2009

La stratégie est venue confirmer la récurrence du service d'aide et de soutien à l'intégration sociale et professionnelle appelé « Programme de qualification des jeunes âgés de 16 à 19 ans » offert par le centre jeunesse et l'octroi aux maisons de jeunes assurant une meilleure équité dans le financement en réduisant les écarts entre les organismes ayant des missions comparables.

Perte d'autonomie liée au vieillissement

Fiche de reddition de comptes 2009-2010	
Axe :	**Services dans la communauté – Perte d'autonomie liée au vieillissement**
Objectif de résultat 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC).	3 228	3 190	3 308
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie.	32,05	31,4	32,07

Commentaires

Pour l'ensemble de la région, nous avons dépassé la cible de 2010 dans les deux indicateurs. L'actualisation du Plan d'action PALV 2005-2010, dont l'objectif est le maintien dans la communauté et la réponse à leurs besoins, influence à la hausse le taux de pénétration et l'intensité des services en SAD. Par ailleurs, on observe qu'il y a encore des usagers qui sont comptabilisés dans le mauvais profil, notamment en ce qui concerne les profils suivants : PALV, santé physique et déficience physique. Nous poursuivons toujours le travail avec les CSSS pour mieux cerner les profils en fonction des programmes-services et cette dimension est prise en compte dans le bilan des services à domicile.

Sur certains territoires, on constate une certaine diminution qui s'explique par le non-remplacement (pénurie) de professionnels (intervenant social et ergothérapeute) et par la certification des résidences privées qui a mobilisé plusieurs heures d'infirmières en soutien à domicile pour la formation.

La mise en œuvre du RSIPA a permis de consolider la fonction gestion de cas et ainsi intensifier le nombre d'interventions pour les clientèles vulnérables.

Soutien à domicile

Démarche du bilan pour le soutien à domicile

Une démarche de bilan pour le soutien à domicile a été entreprise au cours de l'année 2007-2008. L'analyse des données ainsi que l'analyse financière ont fait l'objet de consultations. Le rapport final et les recommandations ont été déposés aux membres du conseil d'administration de l'Agence au printemps 2010.

Projet pilote en réorganisation du travail du Programme d'adaptation de domicile (PAD)

La Direction des services sociaux et communautaires a participé au déploiement et à l'encadrement du projet pilote visant la réorganisation du travail dans le cadre du programme d'adaptation de domicile. Ce projet vise à faire le pairage de l'ergothérapeute avec un technicien en réadaptation afin d'évaluer la possibilité de diminuer le temps consacré pour l'ergothérapeute dans le processus d'adaptation de domicile.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,4	3,5	3,55
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,23	0,23	0,23

Commentaires

De façon générale, le rehaussement des critères d'accès en hébergement de longue durée explique le fait que le nombre moyen d'heures travaillées dans notre région soit plus élevé que la cible 2010 (trois heures). En effet, les personnes admises en CHSLD ont un profil de perte d'autonomie qui demande une plus grande intensité des services. De plus, dans le plan de reconfiguration de l'hébergement en CHSLD, la diminution du nombre de places en CHSLD a contribué à l'atteinte du résultat. Ainsi, nous avons dépassé la cible 2010.

Dans un territoire, l'augmentation des heures travaillées/jour présence en soins infirmiers et d'assistance est liée à l'ajout de 0,8 ETC (préposée aux bénéficiaires) pour une clientèle avec des problèmes de comportement perturbateur dans un îlot fermé. Pour sa part, la diminution des heures professionnelles travaillées est liée à la difficulté à remplacer la nutritionniste et l'ergothérapeute qui sont en congé de maternité et la travailleuse sociale en congé de maladie (pénurie).

LA RECONFIGURATION DES SERVICES EN HÉBERGEMENT

Les CSSS ont poursuivi leurs actions afin de répondre aux paramètres établis dans le plan triennal sur la reconfiguration de l'hébergement 2007-2010. En CHSLD, au chapitre du nombre de places, trois des CSSS respectent le plan de reconfiguration. En ce qui a trait à la composition des équipes, deux d'entre eux ont atteint les paramètres du ratio professionnels/non professionnels de 35/65.

En ressources intermédiaires, les efforts de déploiement des ressources spécialisées pouvant accueillir des personnes avec des problèmes de déficit cognitif vont bon train. À ce titre, deux CSSS ont maintenant une ressource offrant un milieu de vie adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les CSSS de La Côte-de-Gaspé et de La Haute-Gaspésie prévoient la mise en place d'une ressource de ce type au début de l'été 2010. Il reste 34 places à développer.

ALIMENTATION EN HÉBERGEMENT

Trois projets pour l'amélioration de l'alimentation en hébergement ont répondu aux critères de l'appel de projets lancé en décembre 2009. Les CSSS de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé et des Îles pourront démarrer leur projet en 2010-2011.

Les services aux proches aidants

Tout en poursuivant l'élaboration du cadre de référence régional sur le soutien aux proches aidants, l'Agence a appuyé la réalisation de deux projets expérimentaux permettant de valoriser l'offre de service s'adressant aux proches aidants. D'abord, l'Agence a soutenu la réalisation d'un projet de répit-accompagnement permettant d'offrir un répit hebdomadaire aux proches aidants qui s'occupent d'une personne ayant un déficit cognitif dont la forme la plus courante est la maladie d'Alzheimer. Le projet assure également à la personne atteinte d'un déficit cognitif un accompagnement stimulant offert par des personnes ayant reçu une formation spécifique à cet égard. Ce projet s'est effectué en collaboration avec les entreprises d'économie sociale, les CSSS et la Société Alzheimer Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

Pour sa part, le projet pilote répit de nuit vise à offrir aux proches aidants de trois territoires (Côte-de-Gaspé, Rocher-Percé et Haute-Gaspésie) un répit la nuit pour un maximum de douze heures consécutives. Ce projet a été présenté dans le cadre du pacte rural. Depuis le démarrage de ces projets, des ajustements ont été apportés aux modalités de fonctionnement et les critères ont été élargis. Une évaluation a permis d'apporter des éléments mobilisateurs afin d'améliorer l'offre de service sur un des trois territoires.

La formation sur l'amélioration des compétences des préposés aux bénéficiaires

La formation « Agir auprès des personnes âgées » se déploie à un bon rythme. La première vague de formation concerne les préposés travaillant en CHSLD. Lors de la prochaine année, le déploiement se poursuivra auprès des préposés travaillant en centres hospitaliers.

Les visites d'appréciation de la qualité du milieu de vie

Le suivi des plans d'amélioration s'est poursuivi pour les CHSLD de Gaspé, Cap-Chat, Maria, Matapédia, la Villa Plaisance, l'USLD et les RI-RTF de La Haute-Gaspésie et du Rocher-Percé. Ces plans permettent de réaliser que l'approche « Milieu de vie » est bien implantée dans nos installations et bien intégrée par la majorité de nos intervenants.

Implantation de la solution informatique au réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)

La solution informatique est disponible dans notre région. Celle-ci permet aux intervenants de compléter les outils d'évaluation multiclientèle (OEMC), les profils ISO-SMAF et les PRISMA-7. Dans le contexte de l'informatisation, les travaux se sont intensifiés en janvier dernier. Trois des cinq CSSS, soit ceux de la Baie-des-Chaleurs, du Rocher-Percé et de La Haute-Gaspésie se sont vus octroyer l'autorisation d'entrée en production. Ces établissements ont satisfait aux exigences ministérielles leur permettant d'utiliser la solution informatique RSIPA. Quant aux deux autres CSSS, soit ceux de La Côte-de-Gaspé et des Îles, ils poursuivent leur travail afin d'obtenir l'autorisation de l'entrée en production pour juin 2010. Un bilan de l'implantation du RSIPA dans notre région est prévu en fin d'année.

LE PLAN IMMOBILIER EN CHSLD

Au regard des rénovations majeures, deux projets sont en phase de planification, soit les rénovations au Centre d'hébergement Mgr Ross de Gaspé et la nouvelle construction d'un centre d'hébergement aux Îles-de-la-Madeleine.

Pour les rénovations mineures, deux projets sont toujours en réalisation, celui du Centre d'hébergement la Villa Pabos et celui du Centre d'hébergement de Maria.

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

Le processus de certification des résidences pour personnes âgées a vu une grande concentration de demandes en 2009-2010. Les exploitants de résidences devaient, pour le 14 février 2009, déposer une demande de certificat de conformité à l'Agence. La majorité des visites du Conseil québécois d'agrément (CQA) visant à vérifier la conformité aux articles du règlement a eu lieu pour la plupart des ressources. L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a aidé les exploitants dans leur préparation à la visite du CQA, ainsi qu'à la suite de leur rapport d'analyse. Ce processus s'effectue de façon continue et l'Agence doit offrir du support aux nouvelles résidences ainsi qu'aux résidences dont leur certificat arrive à échéance. L'Agence dispose aussi des fonctions d'inspecteur afin de s'assurer de la conformité et de la qualité continue.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – Santé mentale
Objectif de résultat 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : • En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); • En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	156	175	106
1.8.6 Nombre de places en service de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	N/A	N/A	N/A

Commentaires

La cible fixée pour l'année 2009-2010 au regard d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté n'est pas atteinte et le résultat est inférieur à celui de l'année précédente. Deux CSSS sur cinq atteignent la cible fixée. Les données d'un CSSS n'atteignant pas la cible ne reflètent pas la réalité des services rendus à cause d'une incompatibilité entre le système I-CLSC et le système informatique utilisé pour recueillir les données. En nous basant sur le résultat des années 2007-2008 et 2008-2009 pour ce CSSS, nous constatons que si le résultat de cette année avait été similaire, la cible régionale n'aurait quand même pas été atteinte.

Pour les autres CSSS, les travaux de réorganisation des services liés aux orientations ministérielles permettent la rétention des demandes au niveau des services généraux, ce qui contribue à la diminution du nombre de demandes en santé mentale. Il nous est cependant impossible d'évaluer le nombre de personnes qui auraient reçu des services par le biais de l'équipe des services généraux cette année et qui auraient auparavant reçu les services par l'équipe de santé mentale.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services d'urgence – Santé mentale
Objectif de résultat 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; • 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	13	12	10,4
1.8.8 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	2,7	1	1,4

Commentaires

La cible de séjour moyen de 12 heures sur civière est atteinte au niveau régional. Le pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière est cependant un peu plus élevé que la cible de 1 %, mais on note une amélioration significative par rapport au résultat de l'année précédente. Les CSSS ont la préoccupation de respecter ces cibles, cependant la petitesse des unités de psychiatrie fait en sorte qu'à certaines périodes, l'ensemble des lits (quatre à six lits pour la majorité des unités) se trouve occupé et le séjour à l'urgence doit se prolonger plus de 48 heures avant l'hospitalisation.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Services de 1re ligne – Santé mentale
Objectif de résultat 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de 1re ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de 1re ligne existantes sur le territoire.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	1 815	1 841	1844

Commentaires

Les résultats indiquent que 2 % de la population a reçu des services d'évaluation, de traitement et de suivi pour les services de santé mentale de 1re ligne dans les CSSS de la région. On note une constance dans l'atteinte de cette cible.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010			
Axe :	**Services de 2e ligne – Santé mentale**		
Objectif de résultat 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.		
Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.	59	100	50
Commentaires Le résultat démontre une amélioration pour l'accès aux services de 2e et 3e ligne en santé mentale. L'amélioration notée est liée à une meilleure compréhension de la saisie de données.			

Plan d'action 2005-2010

Les CSSS de la région poursuivent leur démarche pour déployer les orientations inscrites dans le Plan d'action en santé mentale *La force des liens 2005-2010*. Plusieurs sont à réorganiser les services en santé mentale et le principe du rétablissement guide de plus en plus leur cheminement.

La préoccupation de soutenir les gestionnaires du réseau ainsi que les intervenants dans leur mission au programme Santé mentale est toujours présente. Deux activités de formation portaient sur l'organisation des services pour le suivi d'intensité variable dans la communauté et le suivi intensif en équipe.

Pédopsychiatrie

Les démarches visant le bilan des services régionaux de pédopsychiatrie sont en cours. Un questionnaire a été transmis aux CSSS ainsi qu'aux autres partenaires. L'analyse des données recueillies et la réalisation du bilan sont planifiées pour l'été 2010.

Hébergement

Le résultat de travail intense avec le comité régional de coordination et de concertation en santé mentale, fait en sorte que les orientations axées sur l'atteinte des cibles inscrites dans le plan d'action en santé mentale, au regard de la reconfiguration des services résidentiels, seront déposées au conseil d'administration de l'Agence au début de l'automne 2010.

Suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé

L'information concernant le suivi étroit pour les personnes à potentiel suicidaire élevé se retrouve dans la section de la Direction de santé publique, rattachée au volet sur la prévention du suicide.

Orientations régionales

Les orientations régionales concernant le volet hospitalisation adulte, psychiatrie légale et l'unité pour cas complexes ont été déposées au comité régional de coordination et de concertation et adoptées par le conseil d'administration de l'Agence le 11 mars 2009.

Santé physique

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Services d'urgence – Santé physique**
Objectif de résultat 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : • Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.9.1 Séjour moyen sur civière.	11,8	12	12,1
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.	13,5	12	13,4
1.9.3 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière.	2,4	2	2,1
1.9.4 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	3,6	2	2,8

Commentaires

La légère augmentation du séjour moyen sur civière à l'urgence peut s'expliquer régionalement par l'augmentation des taux de consultation lors de l'épisode pandémique. Localement, une déstabilisation des équipes médicales des CSSS de la Baie-des-Chaleurs et de La Haute-Gaspésie a également eu un impact sur la durée des séjours.

Les séjours moyens sur civière des personnes de 75 ans et plus sont en légère augmentation, mais nous croyons que la consolidation régionale du RSIPA viendra réduire ces délais.

La diminution des séjours de plus de 48 heures témoigne de l'effort investi par les équipes de gestion des ressources.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Soins palliatifs**
Objectif de résultat 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile.	373	430	383
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.	17,47	17,9	18,18

Commentaires

L'ensemble des demandes en soins palliatifs est traité. L'indice de performance à l'égard des interventions est atteint.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	Chirurgie
Objectif de résultat 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateur	*Résultat 2008-2009*	*Cible 2009-2010*	*Résultat 2009-2010*
1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.	94,6 %	90 %	94,7 %
1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.	93,5 %	90 %	99 %
1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.	82,8 %	90 %	93,9 %

Commentaires

Les indices de performance sont atteints même en ophtalmologie, suite au départ du spécialiste au CSSS de La Côte-de-Gaspé.

COMITÉS

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

La table régionale a poursuivi ses travaux sur les dossiers courants. Les membres ont notamment été invités à une large consultation sur la projection quinquennale des nouveaux effectifs médicaux en médecine spécialisée 2011 à 2016, sous la responsabilité du directeur régional des affaires médicales et de santé physique, avec l'assistance du comité de coordination et de consultation des affaires médicales de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ainsi que deux membres du DRMG.

Cette année, la table a accueilli un nouveau membre pour le CSSS de La Côte-de-Gaspé, soit la docteure Nathalie Guilbault, obstétricienne-gynécologue.

Voici la composition de cette table à ce jour :

- Dre Marie-Claude Thériault, radiologiste au CSSS de la Baie-des-Chaleurs, présidente;
- Dre Isabelle Hébert, interniste au CSSS du Rocher-Percé, vice-présidente;
- Dre Martine Larocque, orthopédiste au CSSS du Rocher-Percé, membre;
- Dre Julie-Anne Falardeau, radiologiste au CSSS des Îles, membre;
- Dr François Dumas, pédiatre au CSSS de la Baie-des-Chaleurs, membre;
- Dr François Denis, psychiatre au CSSS de La Côte-de-Gaspé, membre;
- Dre Nathalie Guilbault, obstétricienne-gynécologue au CSSS de La Côte-de-Gaspé, membre.

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG)

Les membres du DRMG se sont réunis à quatre reprises cette année afin, entre autres, de discuter du *Plan régional des effectifs médicaux en omnipratique*, du développement de GMF sur le territoire, de la valorisation de la médecine familiale, du recrutement médical régional, des activités médicales particulières, de l'implantation des infirmières-praticiennes spécialisées (IPS), de la mise à jour du *Cadre régional d'application des mesures incitatives*, de l'efficience des guichets d'accès pour la clientèle vulnérable orpheline ayant été mis en place dans la dernière année ainsi que du soutien au coordonnateur médical nommé sur chaque territoire des CSSS de la région.

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques a repris ses travaux au cours de la dernière année par l'élection d'un nouveau comité.

Le comité s'est réuni à trois reprises et a déterminé les objectifs suivants en lien avec les mandats que la loi confie au comité régional :

1er Conseiller l'Agence sur des mandats confiés par le PDG;
2e Planifier le recrutement de pharmaciens;
3e Améliorer la communication entre les pharmaciens (bilan comparatif des médicaments), les médecins et les infirmières;
4e Favoriser l'utilisation optimale des pharmaciens (ordonnance collective).

EFFECTIFS MÉDICAUX

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a développé au cours des dernières années des stratégies et des moyens afin d'augmenter le recrutement de médecins dans les établissements de la région. C'est depuis 2005 que des ressources financières supplémentaires ont été dirigées, soit comme incitatif, soit dans la modernisation des outils et des stratégies relatives à l'attraction et à la rétention des médecins dans notre région. Depuis 2007, nos outils de gestion des effectifs nous permettent d'évaluer nos stratégies en fonction des recrutements réalisés.

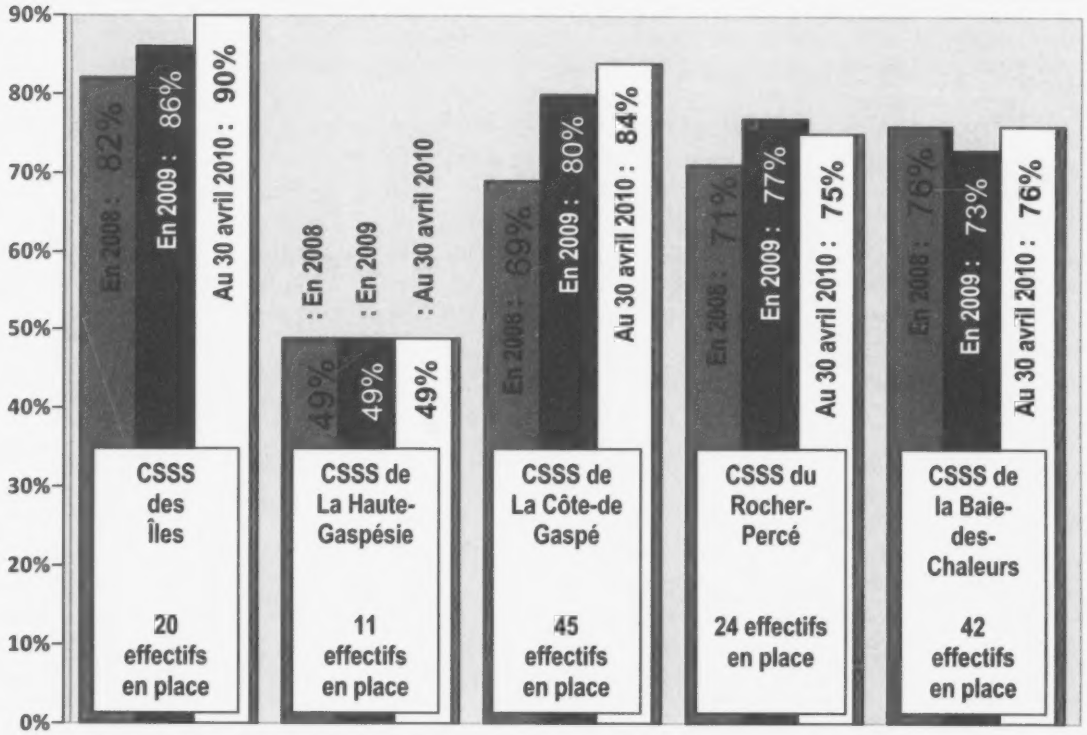
Le développement d'outils de communication promotionnels s'est avéré opportun et novateur avec la création et la diffusion de la revue L'Antidote, ainsi que du site web www.antidote-gim.qc.ca. Les outils sont appréciés des étudiants en médecine externe et des résidents. La revue, le site et toute autre publicité en découlant jouent pleinement leur rôle d'information et d'attraction pour le recrutement des médecins. L'autre outil de promotion est le concours annuel permettant à de jeunes étudiants de remporter un voyage d'une semaine sur le territoire de chacun des CSSS. C'est un concours de promotion ayant pour objectifs de faire connaître le territoire et d'inciter les futurs médecins à envisager une carrière en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine. L'Agence organise aussi, avec les établissements, des rencontres auprès des clientèles cibles : Journée Carrière, symposium médical, activités SARROS et autres activités de visibilité.

Pour l'approche qualité, l'Agence a développé des séances de formation marketing afin d'améliorer les démarches de recrutement pour tous ceux et celles qui ont cette responsabilité à l'intérieur des établissements. Les études effectuées auprès des étudiants des universités Laval, Montréal et Sherbrooke ont permis d'identifier les opportunités et les zones d'intérêt de la pratique médicale en région.

L'Agence travaille étroitement avec les CSSS pour s'assurer de la réussite des objectifs de mise en place des offres de services médicaux appropriées.

Voici un diagramme permettant de suivre la progression de ce recrutement régional et le mouvement en temps réel de nos effectifs régionaux :

Pourcentage d'atteinte des effectifs autorisés au PREM



En 2008 : 70 % du PREM autorisé en omnipratique est comblé
En 2009 : 74 % du PREM autorisé en omnipratique est comblé
Au 31 avril 2010 : 76 % du PREM autorisé en omnipratique est comblé

pour un total de 143 omnipraticiens présentement en GIM

pour un total de 86 spécialistes présentement en GIM

En 2008 : 75 % du PREM autorisé en spécialités est comblé
En 2009 : 82 % du PREM autorisé en spécialités est comblé
Au 31 avril 2010 : 86 % du PREM autorisé en spécialités est comblé

MESURES INCITATIVES NON NÉGOCIÉES

Depuis plus de 30 ans, le gouvernement du Québec a instauré, de façon successive, une série de mesures afin d'attirer les médecins à pratiquer en régions éloignées, de favoriser leur installation et, le cas échéant, de maintenir leur pratique une fois installés.

Un cadre de gestion régional des mesures incitatives est élaboré annuellement et permet ainsi de moduler les avantages de la région selon les difficultés et les succès de chaque CSSS, en collaboration avec le CCCRAM, le DRMG et la table des chefs de médecine spécialisée.

Certains établissements de la région ont toujours de la difficulté à combler leurs besoins en ressources médicales et à atteindre leurs objectifs de croissance, et ce, tant au niveau des médecins omnipraticiens qu'en spécialités de base. C'est la raison d'être des mises à jour annuelles de ces mesures par l'Agence.

Notre participation soutenue au comité interrégional sur les effectifs médicaux des régions désignées nous permet de participer au maintien ainsi qu'au raffinement des mesures déjà en place. Elle nous permet aussi d'influencer la direction de la main-d'œuvre médicale sur les grands enjeux de la pratique en région.

GMF

Actuellement, la région compte trois GMF et des démarches sont amorcées afin d'en implanter un quatrième. La situation des GMF est donc la suivante :

- Haute-Gaspésie : Deuxième renouvellement en décembre 2009;
- Grand-Gaspé : Premier renouvellement en février 2010;
- Îles-de-la-Madeleine : Accréditation le 10 janvier 2010;
- Rocher-Percé : Offre de service bonifiée depuis la dernière présentation au MSSS à l'automne 2009. Des démarches sont en cours afin d'actualiser le projet.

MÉCANISMES D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ULTRASPÉCIALISÉS (ARTHROPLASTIE DE LA HANCHE ET DU GENOU, CHIRURGIE DE LA CATARACTE ET CHIRURGIE ONCOLOGIQUE)

- L'Agence a adopté son Plan d'action régional sur les mécanismes d'accès aux services médicaux spécialisés et ultraspécialisés. Celui-ci a pour but d'assurer une gestion rigoureuse des listes d'attente pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte ainsi que de procéder aux interventions à l'intérieur d'un délai de six mois.

- Le mécanisme central d'accès à ces chirurgies a été instauré par les établissements. Une réflexion est en cours au niveau régional afin de déterminer la mise en place d'une deuxième offre si l'intervention ne peut se dérouler à l'intérieur du délai requis. Dans la région, quatre établissements sont visés, à savoir le CSSS de la Baie-des-Chaleurs, de La Côte-de-Gaspé, des Îles et du Rocher-Percé.

SANTÉ PHYSIQUE

OXYGÉNOTHÉRAPIE

Ce programme vise la gestion de l'attribution des équipements et des fournitures d'oxygénothérapie pour les personnes ayant une déficience organique respiratoire :

- Support aux établissements;
- Assurer l'équité du service à la population pour chaque territoire (Guide 2005);
- Interventions ponctuelles;
- Réponses aux interrogations et suivis.

TRAUMATOLOGIE

Suite aux orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010, la trajectoire régionale de services pour cette clientèle est actuellement en implantation. La diffusion du programme est en cours auprès des intervenants de 1re ligne dans chaque CSSS et la trajectoire pour la clientèle sera effective en juin 2010. Un processus de monitorage et de rétroaction permettra la bonne marche de ce service.

INFO-SANTÉ

- Évaluation du niveau d'implantation du système Info-santé Web pour l'inscription de la clientèle à la garde 24/7 des services à domicile de chaque CSSS. Les critères pour cibler la clientèle inscrite à la garde 24/7 sont définis pour tous les établissements de la région. Les GMF définiront leur clientèle en juillet 2010 et leur inscription à Info-santé Web est prévue en septembre 2010 suite à une mise à jour de la formation.
- Mise à jour régulière du répertoire des ressources.
- Suivi du module de garde.
- Interventions intensives au niveau du répertoire des ressources à l'automne 2009, dues à la période de pandémie et de vaccination A(H1N1).

TÉLÉSOINS SCIAD

Il s'agit de soins à domicile devenus possibles grâce à l'utilisation des technologies de l'information et des communications permettant la prestation et la gestion efficace des services de santé, comme les diagnostics, les traitements et les consultations à caractère médical ou la gestion de la santé entre le domicile d'un patient et l'établissement de soins ou le professionnel de la santé.

- Rencontre avec la direction des CSSS à la fin janvier 2010;
- Les directeurs généraux ont approuvé le plan visant à poursuivre l'utilisation des télésoins dans leur établissement respectif;
- Le contrat est à échéance et des discussions sont en cours afin de finaliser le processus de renouvellement.

LUTTE CONTRE LE CANCER

Les équipes locales d'oncologie de la région consolident leur pratique en matière de travail interdisciplinaire afin d'offrir à la population de leur territoire des soins et des services oncologiques intégrés. Les mandats conditionnels des équipes de Rocher-Percé, Côte-de-Gaspé, les Îles et Haute-Gaspésie devraient s'officialiser au cours de la prochaine année. Une révision des cibles organisationnelles prescrites par le Programme régional de lutte contre le cancer est effectuée. Une planification en vue d'atteindre les cibles ministérielles de lutte contre le cancer est à réaliser afin d'encadrer les interventions régionales pour les cinq prochaines années. Un plan régional de mise en œuvre de la Politique nationale des soins palliatifs est adopté par le C. A. de l'Agence et le plan d'action suit son cours selon l'échéancier proposé. Les objectifs de cette première année sont atteints.

Des travaux portant sur l'assurance qualité en pathologie du cancer du sein dans les laboratoires du Québec nous ont amené à une démarche de réévaluation des tests de pathologie pour les femmes concernées en Gaspésie et aux Îles. Au total, 80 femmes étaient visées par cette démarche; 18 personnes ont vu leurs tests refaits et aucune personne n'a dû bénéficier d'un réajustement de traitement.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

RÉORGANISATION DE LA GESTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (SPU)

L'Agence à procédé au cours de la dernière année à une redistribution des responsabilités et à un nouveau partage des dossiers. Les actions requises pour mettre en œuvre la réorganisation des SPU dans un échéancier à court terme ont été guidées par la consultation de représentants d'entreprises ambulancières, de formateurs et de responsables de la coordination de la formation, des membres du personnel de l'Agence, de quelques médecins impliqués dans les SPU et des visites effectuées auprès de quelques agences et du MSSS. Aux termes de ces rencontres, un plan d'action définissant les mesures à réaliser, les actions à prendre ainsi que les responsables et partenaires impliqués a été déposé auprès de l'ensemble des intervenants.

ORGANISATION DES SERVICES

Les quelques 172 techniciens ambulanciers œuvrant sur le territoire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine sont intervenus pour 11 206 transports ambulanciers en 2009-2010. Les premiers répondants, pour leur part, ont été appelés à 1 138 reprises pour se rendre sur les lieux d'un événement. Notons que seule la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est couverte par un réseau aussi important de premiers répondants (38 équipes) pouvant apporter des soins urgents dans un délai de moins de six minutes.

Conformément à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, l'Agence, sous la supervision du directeur médical régional des SPU, est responsable de l'organisation et de la diffusion des formations. Ainsi, au cours de la dernière année, les techniciens ambulanciers ont, entre autres, bénéficié de deux journées de formation. La première portait sur les protocoles d'intervention clinique et la seconde sur les interventions en traumatologie.

Projet-pilote dans la Baie-des-Chaleurs

Le projet-pilote visant la transformation des horaires de travail des techniciens ambulanciers dans la Baie-des-Chaleurs s'est poursuivi tout au cours de l'année. Dorénavant, au lieu de se rendre à la caserne lors d'un appel, les techniciens ambulanciers sont en attente dans leur véhicule, prêts à partir. L'amélioration du temps de réponse, de l'accessibilité à des services ambulanciers, l'amélioration globale de la qualité et l'impact sur la qualité du travail font partie des indicateurs d'analyse. Le mandat d'évaluation ayant été confié à l'AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé), des représentants se sont rendus sur place afin de constater auprès des intervenants concernés (techniciens ambulanciers paramédics, gestionnaires d'entreprise ambulancière, personnel des urgences des établissements de santé) les modifications apportées par la mise en place des horaires à l'heure. Le rapport d'évaluation devrait être déposé au MSSS à l'automne 2010.

RENIR

L'Agence, en collaboration avec plusieurs partenaires, s'est impliquée dans la poursuite des travaux visant l'implantation du réseau de radiocommunication RENIR sur le territoire de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Aux termes du projet, les services ambulanciers, le centre de communication santé du CAUREQ ainsi que les centres receveurs d'ambulances seront en mesure de communiquer par l'intermédiaire de ce système. Ainsi, la couverture sera dorénavant assurée dans les secteurs où aucune communication n'était possible.

Actuellement, seule la population des Îles-de-la-Madeleine n'est pas desservie par le Centre de communication santé du CAUREQ pour le traitement des appels d'urgence. Comme il s'agit là d'un des préalables à la mise en place du RENIR, l'arrivée de ce système devrait coïncider avec le rattachement des Îles au CAUREQ.

Assurance de la qualité des interventions

Afin d'encadrer et d'harmoniser les activités relatives à l'assurance de la qualité, un nouvel outil est maintenant utilisé à l'échelle provinciale : le *Progiciel d'assurance qualité*. C'est donc à partir des énoncés cliniques formulés dans le *Plan qualité clinique* adopté par la Table des directeurs médicaux des services préhospitaliers d'urgence du Québec qu'a été construit le *Progiciel d'assurance qualité*, dont l'implantation a récemment débuté dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

L'objectif, par la mise en place de cet outil provincial, est de faciliter et d'harmoniser le suivi de la qualité des services offerts à la population. D'une part, il fournira un portrait global du système afin d'orienter les actions à prendre dans le but d'améliorer la qualité des interventions préhospitalières et, d'autre part, l'information obtenue par ce processus nous permettra d'apporter un suivi individuel aux techniciens ambulanciers paramédics dans le cadre de leur pratique clinique.

Santé publique

Le programme de santé publique a pour objectifs :

> « [...] d'encadrer les différentes fonctions de la santé publique, soit la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et, enfin, la protection de la santé de la population lorsque celle-ci est menacée par des agents biologiques, chimiques ou physiques susceptibles de causer des épidémies au sein de la population. » (Loi sur la santé publique, décembre 2001, notes explicatives)

L'élaboration d'un programme national de santé publique, de plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) de santé publique sont des obligations respectives du MSSS, des agences de la santé et des services sociaux et des CSSS, enchâssées au chapitre II de la Loi sur la santé publique.

Au cours de l'année 2009-2010, le C. A. de l'Agence a adopté le *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 pour la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (PAR) : Des actions en faveur de la santé* produit par la Direction régionale de santé publique (DSP).

Le PAR 2009-2012 se divise en deux documents : *Le Cadre de référence* et *l'Offre de service et activités structurantes*.

Le *Cadre de référence* présente notamment :

- Les enjeux stratégiques de la santé publique au cours des prochaines années dans la région et les défis que ceux-ci posent pour la DSP et ses partenaires;
- Un portrait de santé et de bien-être de la population gaspésienne et madelinienne et les objectifs sociosanitaires à atteindre d'ici 2012;
- Les activités de santé publique retenues pour la région ainsi que les stratégies d'action privilégiées pour déployer certaines activités de santé publique.

Le document *Offre de service et activités structurantes* indique, pour sa part, les actions plus précises que réalisera la DSP pour assurer le déploiement des activités de santé publique ainsi que celles que devraient réaliser les CSSS à cette fin.

Activités de santé publique réalisées en 2009-2010 : Grands domaines d'intervention du Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008

Précisons qu'à l'instar du *Programme national de santé publique* et du PAR 2009-2012, les grands domaines d'intervention à l'intérieur desquels sont décrites les activités de santé publique réalisées en 2009-2010 sont les suivants :

1. Le développement, l'adaptation et l'intégration sociale;
2. Les habitudes de vie et les maladies chroniques;
3. Les traumatismes non intentionnels;
4. Les maladies infectieuses;
5. La santé environnementale;
6. La santé au travail.

Dans la section qui suit sont présentés les programmes retenus ainsi que les actions réalisées en 2009-2010 par la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, en lien avec chacun des domaines d'intervention précédemment énumérés.

DOMAINE 1 : LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.		
Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[5] 2009-2010***
1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010		70 %	63 %

Commentaires

Les motifs invoqués pour expliquer la non-atteinte de la cible se résument comme suit :

- Baisse de l'intérêt de la clientèle ciblée à s'engager pour une période de cinq ans dans un programme soutenu et qui peut parfois sembler invasif au quotidien;
- Baisse de la clientèle éligible au programme, à savoir les familles vivant dans un contexte de vulnérabilité;
- Absence temporaire de l'intervenante pivot, laquelle est au cœur de ce programme d'intervention.

Ces motifs nous apparaissent recevables et plausibles pour expliquer l'écart entre la cible et le résultat obtenu. Notamment, nous avons vérifié certaines données régionales sur les naissances chez les mères de moins de 20 ans ou chez celles de plus de 20 ans et ayant moins de 11 années de scolarité. Depuis 2007, il y a effectivement une nette diminution des naissances chez les femmes de ces deux catégories pouvant être représentatives de la clientèle ciblée par les SIPPE. En effet, nous sommes passés de 83 naissances en 2007 à seulement 48 en 2009. Ce qui vient corroborer le motif de baisse de la clientèle. Il en va de même pour les données sur le nombre d'enfants bénéficiaires des programmes d'assistance sociale, où le nombre est passé de 1 737 en 2007 à 1501 en 2009.

SERVICES INTÉGRÉS DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE (0-5 ANS) POUR LES FEMMES ENCEINTES, LES MÈRES, LES PÈRES ET LES ENFANTS

Les services intégrés de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance (SIPPE) s'adressent aux femmes enceintes, aux mères, aux pères et aux enfants vivant en contexte de vulnérabilité. Ils visent à maximiser le potentiel de santé et de bien-être de cette clientèle en renforçant le pouvoir d'agir des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie. Au cours de la dernière année, le soutien s'est poursuivi pour faciliter l'organisation de la supervision clinique pour les équipes d'intervenantes SIPPE des CSSS. De plus, la rencontre annuelle des intervenantes SIPPE a été organisée par la DSP en mai 2009 et a été assortie d'une formation sur la dépression et la périnatalité.

[5]Résultats en date du 25 mai 2010

Soutien à l'allaitement maternel

Des formations en allaitement maternel s'adressant respectivement aux infirmières, aux intervenantes sociales et aux médecins ont été organisées en cours d'année. Ces formations ont été offertes de manière décentralisée dans chaque territoire local.

Distribution du guide Mieux vivre avec son enfant

Mieux vivre avec son enfant est un guide d'accompagnement pour les futurs et nouveaux parents. Il contient des informations pratiques couvrant la période prénatale jusqu'à l'âge de deux ans. Il est produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et est révisé fréquemment de manière à offrir aux parents l'information la plus à jour au plan scientifique. Dans la région, le guide est distribué par les CSSS, généralement et préférablement en période prénatale. En 2009-2010, quelque 600 guides ont été distribués à la clientèle francophone et près de 100 aux parents ou futurs parents anglophones.

Renforcement de l'action communautaire contribuant au mieux-être et au développement des enfants et de leur famille

Le Programme d'aide à l'action concertée (PAAC) vise à soutenir la concertation pour offrir des services de prévention aux jeunes vulnérables et à leur famille. Les allocations octroyées aux organismes communautaires en 2009-2010 totalisent 84 059 $. Le PAAC permet ainsi de soutenir certaines des activités des organismes suivants : Carrefour-Ressources, Family Ties, Halte-Parents de la Vallée, Parenfant de Gaspé et Partagence. Ce sont tous des organismes offrant principalement des activités de développement des capacités parentales, de soutien parental et de stimulation infantile. De plus, ces allocations permettent à L'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie de poursuivre l'implantation des Sessions d'ateliers interactifs de sensibilisation, d'information et de réflexion (SAISIR). Rappelons que SAISIR est un programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses auprès des élèves du troisième secondaire.

Au cours de l'année 2009-2010, le programme Y'a personne de parfait (YAPP) a continué d'être disponible pour les parents d'enfants de 0 à 5 ans de la région. Ce programme vise le renforcement des capacités parentales à travers des sessions éducatives de groupes de parents.

Prévention du suicide

Prévention du suicide en milieu scolaire

La DSP a poursuivi son soutien aux équipes de prévention du suicide en milieu scolaire qui s'est concrétisé par une formation sur la sensibilisation du personnel scolaire dispensée aux répondants locaux et aux coordonnatrices des services éducatifs des commissions scolaires et des centres d'études collégiales. Une cinquantaine de personnes ont ainsi été formées pour devenir aptes à sensibiliser le personnel scolaire à la réalité du suicide. Par la suite, des séances de sensibilisation ont été offertes à quelque 250 membres du personnel scolaire de la région.

Implantation des réseaux de sentinelles

L'implantation des réseaux de sentinelles est une mesure de prévention du suicide du Programme national de santé publique. Ces réseaux de sentinelles ont comme objectifs d'identifier et de former des sentinelles (adultes) dans un milieu donné ou auprès d'un groupe identifié comme étant vulnérable au regard de la problématique du suicide, afin de repérer les personnes suicidaires (jeunes ou adultes) dans leur milieu de vie et de les accompagner vers les services d'aide. Dans ce contexte, la DSP a poursuivi son soutien à la démarche d'implantation des réseaux de sentinelles, notamment par un premier bilan. Celui-ci met en relief qu'une trentaine de personnes de la région ont été sélectionnées et formées pour agir comme sentinelles dans leur environnement respectif. De plus, un financement récurrent totalisant 70 000 $ a été octroyé aux CSSS en 2009-2010 afin de leur permettre de poursuivre les travaux d'implantation de réseaux de sentinelles.

Suivi étroit

L'implantation du suivi étroit est une mesure de prévention du suicide du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS 2005). Les services de 1re ligne en santé mentale des CSSS ont la responsabilité d'offrir les services de suivi étroit aux personnes suicidaires. Le suivi étroit est une mesure visant à s'assurer que les personnes à potentiel suicidaire élevé qui obtiennent leur congé de l'urgence physique ou psychiatrique reçoivent les services de soutien et d'accompagnement psychosociaux que requiert leur condition. En 2009-2010, le processus d'implantation de cette mesure dans les CSSS s'est poursuivi. La formation aux intervenants concernés (une vingtaine d'intervenants des CSSS) a été offerte lors de deux sessions de deux journées chacune. Dans trois CSSS, les services ont débuté en janvier 2009, tandis que pour les deux autres, ce fut en avril et septembre 2009 respectivement. Un bilan régional d'implantation de cette mesure a été produit par la DSP en mars 2010. Un montant récurrent de 189 478 $ a été attribué aux CSSS pour assurer le service du suivi étroit.

Parrainage téléphonique

Depuis juin 2008, le Centre de prévention du suicide (CPS) du Bas-Saint-Laurent offre des services de parrainage téléphonique. En 2007-2008, l'Agence avait octroyé au CPS un financement annuel de 4 000 $ afin d'offrir un programme de parrainage téléphonique pour la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine. Le programme de parrainage téléphonique permet aux proches d'une personne suicidaire d'obtenir une aide individualisée et un suivi de quelques rencontres téléphoniques afin de les habiliter à accompagner une personne suicidaire de leur entourage, et ce, dans le respect de leurs limites. Au cours de 2009-2010, la DSP a procédé à l'évaluation de l'implantation de ce nouveau service. Les résultats de cette évaluation permettront, au cours de la prochaine année, d'apporter certains ajustements à ce service, ce qui sera fait en collaboration avec le CPS.

Intervention téléphonique 24/7 de crise suicidaire

Les services d'intervention téléphonique 24/7 de crise suicidaire font partie de la gamme essentielle des services en matière de prévention du suicide et ont été ciblés prioritaires par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ces services permettent à toute personne traversant une crise suicidaire, à l'entourage et aux endeuillés par le suicide, de recevoir rapidement et en tout temps une aide spécialisée en vue de prévenir le suicide. De façon plus spécifique, ces services spécialisés désamorcent les situations de crise suicidaire et aident à éviter les tentatives de suicide. Les contrats de service avec le Centre de prévention du suicide du Bas-Saint-Laurent (service en langue française) et *Chimo Help Line* de Frédéricton (service en langue anglaise) ont été renouvelés pour des sommes respectives de 63 637 $ et 4 000 $.

Formations accréditées en intervention de crise suicidaire

La formation Intervenir en situation de crise suicidaire développée par l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et qui s'inscrit au cœur de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS 1998), permet d'outiller et de développer les compétences des intervenants. Cette formation de quatre journées complètes s'adresse aux intervenants issus des milieux communautaires, publics, parapublics ou privés, possédant des habiletés de base en intervention et œuvrant auprès d'une clientèle adulte pouvant manifester des idées ou des comportements suicidaires. Une des membres de l'équipe de prévention du suicide de la DSP possède l'accréditation de formatrice de l'AQPS, ce qui permet à la DSP d'offrir cette formation aux intervenants et intervenantes de notre région. Au cours de l'année 2009-2010, la formation Intervenir en situation de crise suicidaire a été offerte à quatre reprises sur les territoires suivants :

- À Grande-Rivière pour les services correctionnels du Centre de détention de New Carlisle;
- À New Richmond pour des intervenants psychosociaux du CSSS ainsi que des organismes communautaires;
- À Chandler pour des intervenants psychosociaux du CSSS et des organismes communautaires;
- À Sainte-Anne-des-Monts pour des intervenants psychosociaux de divers milieux, soit le CSSS, les maisons de jeunes, la maison d'hébergement pour femmes violentées, la Commission scolaire des Chic-chocs et les organismes en santé mentale.

Ajoutons que la DSP offre aussi des formations de sensibilisation à la problématique du suicide dans divers milieux. Ce sont des formations d'une seule journée qui, cette année, ont été dispensées à un organisme communautaire de la région ainsi qu'à des étudiants finissants en technique de services correctionnels du Collège de la Gaspésie à Carleton.

Soutien et expertise-conseil

Finalement, rappelons que l'équipe régionale d'expertise en prévention du suicide de la DSP continue d'offrir un soutien et une expertise-conseil auprès des organismes et des établissements confrontés à une ou plusieurs situations de crise suicidaire.

Violence conjugale et agressions sexuelles

Services en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle

Le centre désigné est un établissement du réseau de la santé et des services sociaux opérant un service d'urgence médicale 24/7 et habilité à accueillir une personne de tout âge déclarant avoir été victime d'agression sexuelle et à lui prodiguer les services médicaux et sociaux d'urgence, ainsi que les examens physiques nécessaires. Le centre désigné a la responsabilité de l'intervention médicosociale initiale (*Guide d'intervention médicosociale*, MSSS 2001).

Des formations de base ou des mises à niveau sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle ont été offertes par la DSP aux médecins, infirmières et intervenants psychosociaux faisant partie des équipes médicosociales (équipes d'urgence psychosociale 24/7, CALACS, centre jeunesse). Une quinzaine de personnes ont reçu la formation de base sur l'intervention médicosociale ou une mise à niveau de celle-ci au cours de 2009-2010.

Par ailleurs, un montant non récurrent de 45 168 $ a été accordé à l'organisme Interface en soutien à l'organisation des services d'aide et d'intervention offerts par celui-ci dans notre région aux hommes ayant des comportements violents à l'intérieur d'une relation conjugale/amoureuse. De plus, un montant non récurrent de 20 000 $ a été octroyé en 2009-2010 à L'Alliance des maisons d'aide et d'hébergement de la Gaspésie pour femmes violentées dans un contexte conjugal et leurs enfants en soutien à la réalisation du 5e Colloque régional en violence conjugale, dont la tenue est prévue les 6 et 7 octobre 2010.

TABLE DE CONCERTATION RÉGIONALE SUR LA VIOLENCE CONJUGALE ET LES AGRESSIONS

La Table de concertation régionale sur la violence conjugale et les agressions sexuelles joue un rôle consultatif auprès de l'Agence, notamment en regard des actions spécifiques à développer ou à consolider en vue d'améliorer l'ensemble des services qui s'adressent aux personnes victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle. Elle est composée de quatorze membres représentant différents secteurs d'activité en lien avec les problématiques concernées. La DSP y joue un rôle de coordination, d'animation et de secrétariat. En soutien à la mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, le MSSS a octroyé en 2009-2010, à toutes les agences, un montant non récurrent de 50 000 $ pour réaliser des projets en lien avec l'un ou l'autre des cinq axes visés par le plan d'action. Les membres de la Table de concertation sur la violence conjugale et les agressions sexuelles ont ainsi été sollicités pour présenter des projets.

Voici les projets retenus par les membres de la table pour l'année 2009-2010 :

- La finalisation de l'implantation par l'alliance de l'outil AVIS-Sécurité aux Îles-de-la-Madeleine et au Rocher-Percé pour une somme de 3 143 $.
- La réalisation par l'alliance d'un outil télévisuel de sensibilisation aux réalités méconnues des enfants orphelins de violence conjugale pour une somme de 45 000 $.

PRÉVENTION DE TOUTES LES FORMES DE VIOLENCE CHEZ LES JEUNES

Au cours de l'année 2009-2010, la DSP a poursuivi son soutien à l'implantation en milieu scolaire primaire et secondaire des programmes ESPACE et SAISIR.

ESPACE (Éducation, Sensibilisation et Prévention des Agressions Commises envers les Enfants) vise à prévenir toutes les formes de violence faite aux enfants, qu'elles soient physiques, verbales, psychologiques, sexuelles ou qu'il s'agisse de négligence. Le programme ESPACE est disponible sur tous les territoires de la région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, il comprend trois types d'atelier interreliés qui s'adressent aux parents, au personnel du milieu éducatif et à l'ensemble des enfants âgés de 3 à 12 ans (préscolaire et primaire). L'organisme communautaire ESPACE Gaspésie–Les-Îles est responsable de ce programme.

Pour sa part, le programme SAISIR (Session d'Ateliers Interactifs de Sensibilisation, d'Information et de Réflexion) vise à responsabiliser les adolescentes et les adolescents face à la violence dans les relations amoureuses et à favoriser l'adoption de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements basés sur des rapports égalitaires. Quatre ateliers interactifs sont offerts à l'intérieur de quatre périodes de 75 minutes, à intervalle d'une semaine entre chaque atelier. Le programme est condensé en trois périodes de 75 minutes lorsque le personnel scolaire en fait la demande. L'alliance est responsable d'offrir ce programme en Gaspésie.

APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Implanter l'approche « École en santé » dans le écoles, et ce en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.		
Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[6] 2009-2010***
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	56 %	60 %	91 %
Commentaires			
L'objectif pour la P13 est largement dépassé. Nous atteignons 91,18 % cependant, un CSSS a inscrit à l'étape 1 l'ensemble de ses écoles qui avaient reçu un atelier de sensibilisation à l'approche École en santé. La moitié de ces écoles étaient réellement rendues à l'étape 1, c.-à-d. qui ont débuté également la démarche de planification en promotion/prévention. En apportant cette correction, nous aurions au total à la P13 85,29 %. Objectif légèrement dépassé.			

L'approche École en santé convie le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion de la santé et de prévention, dans le respect de la mission éducative de l'école. Elle trouve écho dans le Programme de formation de l'école québécoise et dans les services éducatifs complémentaires.

L'intervention est globale en ce sens qu'on agit simultanément sur les facteurs clés du développement des jeunes au moyen d'un ensemble d'actions. Les facteurs clés sont de deux ordres :

- Facteurs liés à l'individu : estime de soi, compétence sociale, habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires.
- Facteurs liés à l'environnement : environnement scolaire, environnement familial, environnement communautaire et services préventifs.

Il importe que les actions visent à la fois les jeunes, l'école, la famille et la communauté afin qu'elles se renforcent mutuellement et soient complémentaires. Dans un contexte où il faut agir sur plusieurs facteurs et à plusieurs niveaux, l'intervention concertée devient essentielle. Les partenaires sont ainsi conviés à collaborer afin de planifier et de déployer des actions cohérentes de façon coordonnée et harmonieuse.

Dans notre région, les travaux de déploiement de l'approche École en santé sont amorcés depuis l'automne 2004. En 2009-2010, la DSP a poursuivi son soutien aux responsables locaux d'École en santé. Des formations pertinentes et des rencontres régionales de travail ont notamment été organisées par la DSP en collaboration avec la Direction régionale du MELS, au bénéfice des personnes-ressources des deux réseaux (scolaire et sociosanitaire) œuvrant à la mise en œuvre d'École en santé. En effet, deux personnes-ressources venant respectivement d'un CSSS et d'une commission scolaire forment l'équipe locale d'accompagnatrices de l'approche École en santé. Dans chaque secteur de commission scolaire, un comité de pilotage du déploiement de l'approche a été formé, il est composé de représentants de CSSS, de certaines écoles et de la commission scolaire.

Au printemps 2010, le déploiement de l'approche École en santé fut concrètement amorcé dans 62 écoles sur 68, soit 91,18 % de nos écoles primaires et secondaires selon les résultats de la P13 du GESTRED (31 mars 2009).

[6]Résultats en date du 25 mai 2010

TABLE POUR CONTRER LES ABUS, LA MALTRAITANCE, LA VIOLENCE ET L'EXPLOITATION FINANCIÈRE ENVERS LES AÎNÉS

Dans le but d'assurer l'accès, la continuité et la qualité des interventions reconnues comme étant pertinentes et efficaces pour contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière envers les aînés, la DSP a soutenu les CSSS dans la mise en place de tables locales de concertation à cet égard. Une allocation récurrente de 1 300 $ par CSSS est octroyée par l'Agence pour soutenir le fonctionnement de chacune de ces tables. De plus, une formation de formateurs locaux s'adressant aux intervenants pivots a été offerte dans chaque CSSS en vue de faciliter la mise en place et le fonctionnement des tables locales.

DOMAINE 2 : LES HABITUDES DE VIE ET LES MALADIES CHRONIQUES

CONCERTATION DES PARTENAIRES RÉGIONAUX POUR LA PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE ET LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 Investir pour l'avenir* (PAG) constitue l'engagement du gouvernement provincial dans une stratégie collective pour l'amélioration de la qualité de vie et le bien-être des citoyens québécois en leur permettant de vivre dans des environnements qui favorisent l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Les milieux ciblés sont notamment la famille, les services de garde, les établissements scolaires, les municipalités ainsi que le secteur de la restauration.

Un plan d'action régional pour le secteur de la santé a été produit par la DSP au début de 2009. Celui-ci situe le contexte dans lequel s'inscrivent la prévention des maladies chroniques et la promotion des saines habitudes de vie. Ce plan dresse un portrait de l'état de santé et du bien-être de la population de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine au regard des maladies chroniques causées, pour une part importante, par de mauvaises habitudes de vie ainsi que par des facteurs de risque tels que l'excès de poids (embonpoint et obésité), l'environnement physique et les conditions socioéconomiques défavorables. Des actions prioritaires pour les trois prochaines années (2009-2012) sont aussi identifiées.

La DSP a aussi choisi d'actualiser son mandat de mobilisation des partenaires régionaux du PAG en mettant en place en 2009 un comité régional de concertation. Voici les objectifs de ce comité :

- Créer une synergie entre les partenaires afin d'augmenter l'efficacité et l'intensité des actions en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine;
- Prendre connaissance des actions prioritaires de chacun des partenaires à partir de celles recommandées dans le PAG;
- Déterminer les collaborations possibles entre les partenaires;
- Mettre en commun, chaque année, le bilan des actions des partenaires et les perspectives pour l'année à venir.

Il est composé, outre de l'équipe de saines habitudes de vie de la DSP, des directions régionales des ministères suivants :

- Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ);
- Ministère des Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire (MAMROT);
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS);
- Ministère de la Famille et des Aînés (MFA);
- Ministère des Transports du Québec (MTQ);
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

Ainsi que :

- Québec en Forme Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine;
- L'Unité régionale loisir et sport Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (URLS);
- La CRÉ Gaspésie–Les Îles;
- L'Association régionale du sport étudiant de l'Est-du-Québec.

Au cours de 2009-2010, le comité s'est réuni à trois reprises. Ses principales réalisations ont été l'élaboration d'un plan d'action régional de mise en œuvre du PAG regroupant les actions des différents partenaires concernés. De plus, le comité a soutenu l'élaboration d'un projet régional ayant été soumis par l'URLS à la Société de gestion du fonds pour la promotion des saines habitudes de vie pour l'obtention d'une subvention. La région Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine compte parmi les quatre premières régions du Québec ayant soumis un projet et obtenu un financement de la Société de gestion du fonds pour la promotion des saines habitudes de vie.

PROGRAMME DE PRÉVENTION ET DE CESSATION DU TABAGISME

LA GANG ALLUMÉE POUR UNE VIE SANS FUMÉE

Depuis 2001, le MSSS soutient La gang allumée pour une vie sans fumée, lequel est un programme de mobilisation de la jeunesse québécoise face à la problématique du tabagisme. Créé en 1995 par le Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS), ce programme allie fumeurs et non-fumeurs de 12 à 18 ans qui conçoivent ensemble des activités de prévention et de réduction du tabagisme. Une formation, un encadrement et du matériel promotionnel sont offerts gratuitement aux intervenants qui agissent comme responsables du programme dans leur milieu respectif. C'est dans ce contexte qu'en 2009-2010, la DSP a financé le CQTS en lui octroyant un montant non récurrent de 27 024 $. Ainsi, cinq projets ont été déposés et trois autres sont en préparation pour une possibilité de huit projets au total en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine pour l'année scolaire 2009-2010.

SPECTACLE *IN VIVO*

Encore cette année, la Direction de santé publique, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a offert deux spectacles *In Vivo* gratuits aux jeunes des 1er, 2e et 3e années du secondaire de la région. Ce spectacle vise à sensibiliser les jeunes aux méfaits du tabac sur leur santé. La tournée s'est déroulée en Gaspésie au cours du printemps 2010. Le spectacle était adressée seulement aux écoles ayant réalisé un projet Gang allumée pour une vie sans fumée au cours de l'année. Les écoles suivantes ont reçu le spectacle *In Vivo*, soit : l'école des Deux-Rivières de Matapédia et l'école Antoine-Roy de Rivière-au-Renard.

CAMPAGNES SOCIÉTALES

Trois campagnes sociétales concernant la prévention et la cessation tabagique sont tenues chaque année au Québec, et notre région y prend part activement. Il s'agit de Famille sans fumée, Semaine pour un avenir sans tabac et Défi, j'arrête j'y gagne.

Famille sans fumée se déroule chaque année, d'octobre à décembre. Avec sa campagne Pas de boucane dans ma cabane, la campagne invite les foyers québécois à déclarer leur résidence et leur auto « Zones sans boucane ». Elle vise à protéger les membres des familles des effets néfastes de la fumée de tabac.

La Semaine pour un avenir sans tabac se déroulant en janvier incite la population à s'offrir un monde sans fumée. En 2010, avec son slogan Par amour, je veux t'offrir un monde sans fumée!, la semaine québécoise invitait les fumeurs, les ex-fumeurs et les non-fumeurs à afficher sur des feuillets adhésifs (post-it) leur désir de faire un monde sans fumée par amour pour un être cher. Ce fut l'occasion de rappeler les effets de la fumée secondaire sur la santé et de faire connaître les ressources efficaces pour arrêter de fumer.

Quant à lui, le Défi, j'arrête j'y gagne convie, au début de chaque année, la population des fumeurs à s'engager à cesser de fumer pour une période minimale de six semaines, soit du 1er mars au 10 avril 2010. La participation a été appréciable puisque 188 personnes de notre région se sont inscrites.

Tous les CSSS ont participé activement aux trois campagnes et de nombreuses activités ont été organisées dans les milieux afin de favoriser la cessation tabagique.

PROGRAMME DE CESSATION DU TABAGISME

Cette année, les efforts se sont poursuivis pour rendre accessible le Programme de soutien à l'abandon du tabagisme dans les CSSS de la région. Le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT) constitue le cadre de référence produit par le MSSS en vue de définir un modèle organisationnel de service d'abandon du tabagisme au Québec. Les CSSS sont principalement interpellés dans le cadre du PQAT par la mise en place des centres d'abandon du tabagisme (CAT). Les CAT offrent gratuitement un ensemble de services de cessation tabagique à toutes les personnes qui en font la demande. Ceux-ci sont en fonction dans chacune des MRC de la région.

La DSP soutient les CSSS dans l'implantation des services d'abandon du tabac, notamment par la formation des intervenants appelés à faire du soutien individuel ou de groupe et par la promotion des services offerts par les CSSS. Un montant non récurrent totalisant 70 535 $ a été distribué aux CSSS en 2009-2010 pour financer les services offerts à la population dans les CAT. De plus, la promotion des services des CAT auprès de la population a été faite dans le cadre des campagnes sociétales sur le tabagisme : Famille sans fumée, Semaine pour un avenir sans tabac et Défi, j'arrête j'y gagne.

Un bilan régional d'implantation du PQAT a été produit par la DSP au cours de l'année. Celui-ci fait notamment les constats suivants :

- Tous les CSSS ont un centre d'abandon du tabagisme fonctionnel et accessible à la population;
- Hausse de 72 % de personnes qui ont reçu des services dans les CAT au cours de 2008-2009;
- La majorité des intervenantes ont fait des rencontres afin de promouvoir le non-tabagisme ou inciter à la cessation tabagique;
- Les services CAT sont promus de façon régulière tant à l'interne qu'à l'externe des CSSS;
- Toutes les intervenantes CAT ont fait des activités de prévention du tabagisme et de la promotion d'une vie sans fumée, notamment auprès des jeunes;
- La majorité des intervenantes (7/8) ont aussi fait la promotion des saines habitudes alimentaires et de la pratique régulière d'activités physiques.

Programme de promotion de l'activité physique : Kino-Québec

Bourse du concours École active 2010

L'école étant un des principaux milieux de vie des enfants et des adolescents est souvent ciblée par les activités de *Kino-Québec*. Ainsi, le concours École active a été lancé en mars 2010 auprès des écoles primaires et secondaires, et ce, pour la huitième année consécutive. Une école active est une école qui offre à ses élèves et à son personnel un environnement physique, social et organisationnel qui favorise l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Elle propose donc un mode de vie basé sur une saine alimentation ainsi que sur la pratique sécuritaire d'activités physiques pendant les cours, les loisirs et les déplacements. Pour l'édition 2010 du concours École active, les écoles pouvaient proposer un projet portant sur un des thèmes suivants :

- Activité physique;
- Sécurité ou éthique;
- Saine alimentation.

Les quinze projets soumis en 2010 par les écoles primaires et secondaires de la région seront analysés en août 2010 par un comité régional de sélection composé de représentants de Québec en Forme, de l'Unité régionale loisir et sport et de la Fédération du sport étudiant de l'Est-du-Québec.

Plaisirs d'hiver

Quant à elle, la campagne Plaisirs d'hiver vise à promouvoir l'activité physique hivernale et à maximiser l'usage collectif des installations existantes de notre région. Par une campagne promotionnelle d'envergure ciblant les familles avec des enfants et des adolescents, Plaisirs d'hiver a invité la population à découvrir ou à redécouvrir les joies de cette saison au cours de l'hiver 2010.

Pour le volet scolaire de cette campagne, 25 écoles de notre région ont offert des activités à leur clientèle et à leur communauté. Pour le volet municipal, une trentaine de municipalités ont participé à Plaisirs d'hiver 2010 permettant ainsi à quelque 7 000 personnes de bouger sur 60 sites d'activités.

Rendez-vous d'automne 2009

La campagne promotionnelle Rendez-vous d'automne offre à toute la population des occasions de profiter de la saison des couleurs pour bouger seul, entre amis, collègues de travail, ou encore en famille. Cette année, nous avons lancé un défi aux CSSS : parcourir l'équivalent de la distance entre Gaspé et Montréal (926 km) en douze semaines. Les employés du CSSS de La Côte-de-Gaspé ainsi que ceux de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont relevé le défi avec une dizaine d'équipes inscrites. Les équipes avaient le choix de parcourir la distance à la marche, à la course, ou encore en patins à roues alignées. Ce fut une belle activité qui a motivé les employés et qui a créé une belle synergie.

Défi Santé 5/30

Le Défi Santé 5/30 invite les Québécoises et Québécois de quatre ans et plus à passer à l'action pour améliorer leur santé et leur bien-être durant au moins six semaines, soit du 1er mars au 11 avril de chaque année. Pour les personnes inscrites, il s'agit de manger au moins cinq portions de fruits et légumes et de bouger au moins 30 minutes par jour, et ce, au minimum cinq jours par semaine. La région a encore, une fois cette année, été très dynamique pour offrir à la population des occasions de bouger tout au long de ce défi. Cette année, il y a eu 1 815 inscriptions au défi.

Promotion de l'activité physique auprès de la clientèle des aînés

Le programme VIACTIVE est un programme d'activité physique pour les personnes âgées de 55 ans et plus. Des animateurs bénévoles VIACTIVE œuvrent de façon dynamique dans plus de 66 clubs de 50 ans et plus en Gaspésie et aux Îles. Plus de 1 000 personnes participent annuellement aux activités VIACTIVE. Les CSSS collaborent à la promotion et au suivi du programme. Cette année, la tournée de formation avec les animatrices et animateurs VIACTIVE des clubs de 50 ans et plus s'est déroulée dans cinq MRC de la région, avec une centaine de personnes y prenant part. La DSP a aussi participé à l'organisation des Jeux des 50 ans et plus, édition 2010, et ce, en collaboration avec l'Unité régionale loisir et sport (URLS) et la Fédération des clubs de l'âge d'or de l'Est-du-Québec (FADEQ). Les jeux sont un événement régional se voulant un rassemblement sportif et culturel qui contribue à améliorer la qualité de vie des aînés, à promouvoir la pratique de l'activité physique, à sortir les aînés de l'isolement, tout en devenant une source de motivation et de valorisation importante pour eux. Les jeux se sont déroulés à Chandler en juin 2009 et 1 200 personnes y ont participé provenant de 40 municipalités de la région.

Promotion de la saine alimentation

Campagne Fruits et légumes en vedette

Encore cette année, la DSP s'est associée à la Direction régionale du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, pour lancer la cinquième édition de la campagne Fruits et légumes en vedette.

Pour la première fois, Fruits et légumes en vedette est accessible toute l'année. En effet, tout au long de l'année, les 21 restaurateurs participant à la campagne Fruits et légumes en vedette mettront de la couleur dans leurs assiettes, pour le plus grand plaisir et la santé de leur clientèle.

Ainsi, l'année durant, les restaurateurs participants offriront à leur clientèle des menus sains et équilibrés mettant en valeur les fruits et les légumes, en particulier ceux des producteurs de notre région et ceux du Québec. Autre nouveauté, trois prix reconnaissance ont été décernés à la fin d'avril 2010 aux restaurateurs qui se sont distingués par une offre particulièrement riche en fruits et légumes. Lors du lancement de la campagne au début de mars 2010, les clients des restaurants participants ont été invités à voter et quatre bons d'achat de 100 $ ont été offerts à la clientèle participante dans le cadre du concours Des fruits et des légumes dans votre assiette.

Cette campagne vise à accroître l'offre de fruits et de légumes dans les restaurants du Québec. Les restaurants sont ciblés par cette campagne puisque de nos jours, les Québécoises et les Québécois mangent davantage à l'extérieur de la maison. Le secteur de la restauration contribue donc de façon plus importante qu'auparavant aux apports alimentaires de la population. De ce fait, il apparaît profitable d'accroître dans ces milieux la qualité de l'offre alimentaire en misant prioritairement sur l'augmentation de l'offre de fruits et de légumes.

PROGRAMME DE SANTÉ DENTAIRE

La DSP a poursuivi son soutien aux CLSC en vue d'un suivi préventif individualisé en milieu scolaire afin que les enfants de la maternelle à la troisième année qui satisfont aux critères concernant le risque de caries dentaire, bénéficient de deux applications topiques de fluorure par année et d'activités d'éducation à la santé dentaire.

Le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* a introduit une nouvelle mesure préventive destinée à augmenter l'efficacité de la prévention de la carie chez les enfants les plus à risque : les agents de scellement dentaire. Plusieurs études ont en effet démontré l'efficacité de cette mesure préventive qui consiste en l'application d'une mince pellicule de plastique sur les surfaces masticatoires des dents postérieures. Conséquemment, le suivi préventif individualisé continuera d'être offert aux enfants de la maternelle à la 3e année ainsi que les activités éducatives offertes à de petits groupes des 4e, 5e et 6e années. Toutefois, ces activités seront graduellement réduites au fur et à mesure que s'implantera l'application des agents de scellement en milieu scolaire. L'application des agents de scellement dentaire sera offerte gratuitement aux enfants de deuxième année vus dans le cadre de l'activité de suivi préventif individualisé. Au cours de l'année 2009-2010, la DSP a poursuivi les travaux de soutien à l'implantation graduelle. Dans ce contexte, la DSP a offert à chacun des CSSS un soutien financier non récurrent pour l'achat d'équipements dentaires nécessaires à l'application d'agents de scellement des puits et fissures en milieu scolaire. Au total, un montant non récurrent de 60 000 $ a été attribué en vue de faciliter l'implantation du Programme d'application d'agents de scellement en milieu scolaire chez les enfants à risque.

PROGRAMME DE SUBVENTIONS DE PROJETS EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Selon la FAO, la sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active.

La DSP est impliquée dans la gestion du programme de subventions de projets en sécurité alimentaire. Pour l'année 2009-2010, une somme récurrente de 201 833 $ a été allouée pour financer :

- Onze organismes communautaires offrant des activités de cuisine collective ou des ateliers éducatifs en lien avec la sécurité alimentaire, ou encore des services de dépannage alimentaire offerts à la population démunie;
- La Table de concertation régionale des organismes communautaires en sécurité alimentaire, de manière à soutenir ses travaux.

MALADIES CHRONIQUES

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS)

Le Québec s'est donné un Programme formel de dépistage du cancer du sein en 1997, offrant la mammographie de dépistage à toutes les femmes de 50 à 69 ans aux deux ans. Il exige que les établissements de santé qui font le diagnostic et le traitement du cancer du sein rencontrent des normes de qualité.

ACTIVITÉS EN COLLABORATION AVEC LES CENTRES DE DÉPISTAGE

AGRÉMENT ET FORMATION

Les cinq centres de dépistage de notre région ont renouvelé, avec succès, leur agrément avec l'Association canadienne des radiologistes et leur certification avec le MSSS.

ALLOCATION FINANCIÈRE

Une subvention est accordée aux centres de dépistage en fonction du volume de mammographies effectuées dans le cadre du PQDCS et des objectifs, comme la saisie d'information, l'assurance-qualité et l'accessibilité aux services du PQDCS. Pour l'année 2009, un montant total de 32 633 $ a été attribué aux cinq établissements :

- Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts : 3 332 $;
- Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé : 5 977 $;
- Hôpital de Chandler : 6 317 $;
- Hôpital de Maria : 11 982 $;
- Hôpital de Cap-aux-Meules : 5 025 $.

ACTIVITÉS DE RECRUTEMENT ET DE COORDINATION

ENVOI DE LETTRES D'INVITATION, DE RAPPEL ET DE RELANCE

En 2009, il y avait en Gaspésie et aux Îles 15 097 femmes de 50 à 69 ans. Le programme de dépistage du cancer du sein invitait les femmes éligibles à participer aux deux ans à une mammographie de dépistage (sont exclues celles ayant un diagnostic précédent de cancer du sein et celles qui ont signalé un refus de participer). À ces femmes, 5 857 invitations personnalisées ont été postées, soit 4 454 lettres d'invitation et de rappel, ainsi que 1 403 lettres de relance.

DÉLAIS POUR PRENDRE UN RENDEZ-VOUS POUR UNE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE

Le programme vise à ce que la femme puisse avoir une mammographie de dépistage dans moins de six semaines suivant sa demande de rendez-vous. En Gaspésie et aux Îles, ce délai est mesuré quatre fois par année par un sondage téléphonique et en 2009-2010, ce délai a généralement été respecté. Trois établissements (Chandler, Maria et aux Îles-de-la Madeleine) ont donné un rendez-vous dans une moyenne de moins de six semaines chaque trimestre. À Sainte-Anne-des-Monts et à Gaspé, les délais varient avec une moyenne de sept à dix semaines respectivement.

PARTICIPATION

Année du calendrier	Volume Région 11	Unité mobile	Total	Participation*	
				Région 11	Québec
2003	1 844	763	**2 607**	50 %	**47 %**
2004	2 380	921	**3 301**	45 %	**48 %**
2005	2 755	1 789	**4 544**	57 %	**49 %**
2006	3 109	914	**4 023**	59 %	**51 %**
2007	3 761	--------	**3 761**	51 %	**53 %**
2008	4 276	--------	**4 276**	55 %	**55 %**
2009	**4 259**	**611**	**4 870**	**58 %**	**56 %**

* Pour chaque année, la participation est calculée selon le nombre de participantes dans l'année identifiée ainsi que l'année précédente.

Ce volume de dépistage continue d'augmenter, passant de 2 607 à 4 870 en six ans. Ces augmentations correspondent à une nette augmentation de la population dans ce groupe d'âge ainsi qu'à l'augmentation de leur participation au dépistage.

On évalue à environ 1 % le pourcentage de femmes ayant reçu une mammographie de dépistage sans participer au programme, à environ 3 % le pourcentage de femmes gaspésiennes ayant reçu un dépistage au Nouveau-Brunswick et environ 5 % le pourcentage de femmes ayant reçu une mammographie diagnostique qui s'apparente au dépistage. Il y a donc couverture totale d'environ 67 % des femmes dans le groupe d'âge cible, ce qui s'approche au taux de participation visé de 70 %.

VISITE DE L'UNITÉ MOBILE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

À l'automne 2009, l'unité mobile CLARA a offert des mammographies de dépistage à Grande-Vallée, Rivière-au-Renard, Paspébiac et Matapédia. Au total, 611 femmes de 50 à 69 ans se sont prévalues du dépistage offert par cette visite.

ENVOI DE LETTRES DE RÉSULTAT

En 2009, 4 870 femmes ont eu un dépistage dans le cadre du programme. De ce nombre, 4 411 ont eu un résultat normal et 459 un résultat anormal. Pour chacun des résultats, une lettre de résultat négatif ou positif a été expédiée aux femmes.

SUIVI DES RÉSULTATS POSITIFS DES MAMMOGRAPHIES

Le Centre de coordination des services régionaux s'assure de la prise en charge d'un résultat positif, en vérifiant que les données du formulaire sur le diagnostic soient saisies au SI-PQDCS et en effectuant un suivi des examens complémentaires auprès des services radiologiques, des médecins traitants ou des clientes, selon le cas. Ainsi, pour l'année 2009-2010, 486 mammographies de dépistage ont eu un résultat positif. Dans la majorité de ces cas positifs, la saisie de résultats au SI-PQDCS a permis de confirmer la prise en charge par le centre de dépistage. Dans certains autres cas, il a fallu communiquer avec les CDD, la femme concernée ou son médecin pour s'assurer de la prise en charge de toutes les femmes ayant un dépistage positif.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

Une entente survenue entre le Département de pathologie du CSSS de La Côte-de-Gaspé et la Direction de santé publique vise à augmenter la participation au dépistage coloscopique par des parents proches de personnes ayant obtenu un nouveau diagnostic de cancer colorectal. Une collecte de données auprès du Département de pathologie a été effectuée et un protocole et des outils ont été rédigés afin de supporter ces activités qu'on prévoit commencer en 2010-2011.

DOMAINE 3 : LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

PROGRAMME DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ À DOMICILE

De façon générale, on estime qu'environ 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus font au moins une chute par année. Pour beaucoup d'aînés, la chute constitue l'événement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. Les fractures sont l'une des conséquences les plus sérieuses de la chute. Chez les aînés qui survivent à une fracture de la hanche, la moitié ne retrouve jamais complètement leurs capacités fonctionnelles, entre 13 et 20 % sont institutionnalisés et le cinquième décède en moins de six mois. Aussi, même sans fracture, la chute constitue un important précurseur d'admission en centre d'accueil, en raison de l'insécurité et de la détérioration de la santé sociale et mentale qu'elle peut engendrer (MSSS 2003). La prévention des chutes à domicile s'avère donc une préoccupation majeure pour le maintien de l'autonomie des aînés. À cette fin, le Programme intégré d'équilibre dynamique (P.I.E.D.) vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés autonomes qui vivent dans la communauté et qui sont préoccupés par les chutes ou par leur équilibre. Le P.I.E.D. a été conçu pour avoir l'intensité des interventions cliniques tout en étant accessible à un grand nombre d'aînés vivant à domicile. Le programme P.I.E.D. dure douze semaines et comprend trois volets : exercices en groupe, exercices à domicile et capsules de discussion sur la prévention des chutes. Il est destiné aux organismes des milieux communautaires, tels que les centres pour aînés, les CLSC et les services de loisirs municipaux. Au cours de l'année 2009, la DSP a offert du soutien aux animatrices locales du programme P.I.E.D. dans la préparation et l'offre de service du programme. De plus, le cahier de bord de l'animateur a été mis à jour. Cette année, douze groupes ont été formés dans la région et chaque établissement a offert le P.I.E.D. au moins une fois durant l'année. Une offre de service à la clientèle anglophone *Stand Up!* a débuté en mars 2010 sur le territoire du CSSS de La Côte-de-Gaspé.

Par ailleurs, le volet multifactoriel personnalisé (IMP) est l'une des composantes prévues dans le *Cadre de référence ministériel en prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile* (MSSS 2004). Le volet IMP vise à prévenir les chutes chez les personnes âgées inscrites au service de soutien à domicile des CSSS et qui ont fait une chute depuis les douze derniers mois. Il comprend des activités de repérage, de dépistage, d'évaluation et d'intervention pour différents facteurs de risque de chutes, à savoir les capacités motrices (marche et équilibre), l'aménagement du domicile, la consommation de médicaments, la vision, la dénutrition, l'hypotension orthostatique et la consommation d'alcool. Au cours de l'année 2009-2010, la DSP a travaillé à la préparation du *Cahier d'accompagnement de l'intervenant dédié*. Le cahier d'accompagnement est inspiré du cahier de bord de l'animateur du programme P.I.E.D. Il décrit toutes les étapes de planification du volet IMP et résume les enseignements tirés du rapport d'évaluation de ce programme par le GRIS (Université de Montréal, octobre 2009). Ces informations permettent de compléter le guide d'implantation de l'INSPQ.

DOMAINE 4 : LES MALADIES INFECTIEUSES

L'IMMUNISATION

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**		
Objectifs de résultats 2005-2010	Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.		
Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[7] 2009-2010***
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre DCat-Polio-Hib dans les délais	60 %	75 %	64 %
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	46 %	75 %	54 %
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	61 %	75 %	65 %
Commentaires			
Un examen attentif de la situation devrait être fait de manière à identifier les moyens à mettre en œuvre pour améliorer le pourcentage des vaccins administrés à l'intérieur des délais prescrits.			

[7]Résultats en date du 25 mai 2010

Formation en immunisation

Dans le cadre du programme d'assurance-qualité de l'acte vaccinal en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, plusieurs types de formation (formation de base, formation adaptée et en santé voyage et formation continue) sont proposés annuellement en immunisation.

En 2009-2010, plus de quinze sessions ont été organisées pour répondre aux besoins divers de formation à plus de 250 infirmières des CSSS et des communautés autochtones de la région. Plus de 160 d'entre elles ont participé à une formation d'une journée en préparation pour la vaccination contre l'influenza pandémique.

Manifestations cliniques indésirables

En 2009-2010, outre les quinze cas de manifestation clinique indésirable survenu après la vaccination contre l'influenza pandémique, neuf autres cas reliés à la vaccination régulière ont été saisis au fichier central ESPRI, pour un total de 24 signalements.

Parmi ces cas, cinq personnes vaccinées contre l'influenza pandémique sur près de 68 000 doses administrées ont été recommandées pour consultation chez un allergologue en raison d'une manifestation clinique indésirable de type allergique.

Campagne de vaccination contre l'influenza saisonnière

Pour la saison 2009-2010, à l'inverse de la popularité du vaccin pandémique, la région a enregistré une baisse de la couverture vaccinale contre l'influenza saisonnière.

En effet, un peu plus de 16 000 personnes se sont prévalues de ce vaccin jusqu'à maintenant, comparativement à plus de 26 000 lors de la campagne 2008-2009. Il ne faut pas négliger le fait que la campagne de vaccination saisonnière contre l'influenza a été reportée en janvier 2010 à cause de la campagne de vaccination pandémique et que, par la suite, le virus de l'influenza saisonnière a eu une circulation très faible chez nous et au Québec.

Une allocation régionale d'environ 80 000 $ sera distribuée aux établissements vaccinateurs en fonction des doses de vaccins antigrippaux administrées.

Nouvelle édition du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

Dans le cadre du lancement de la nouvelle édition du PIQ, outil scientifique pour tous les vaccinateurs du Québec, une tournée régionale de chacune des MRC de la région a été effectuée au printemps 2009 afin de faire connaître aux utilisateurs les nouveautés du protocole ainsi que les changements majeurs dans sa présentation.

ASSURANCE-QUALITÉ DES PRODUITS IMMUNISANTS

En 2009, la campagne de vaccination pandémique, en plus des activités régulières de vaccination, a augmenté considérablement la tâche de gestion du dépôt régional des produits immunisants. Fort heureusement, et malgré l'augmentation des livraisons régionales, aucun bris de la chaîne de froid n'est survenu au cours du transport vers les dépôts locaux et de l'entreposage au dépôt régional.

PROTECTION DE LA SANTÉ DE LA POPULATION

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

La Direction de santé publique a une responsabilité à l'égard de la protection de la santé publique en lien avec les maladies à déclaration obligatoire (MADO). En 2009, un total de 218 déclarations ont été inscrites au fichier des MADO de notre région.

La répartition du nombre de MADO est semblable à celle des dernières années. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dominent et progressent, passant de 60 cas en 2000 à 135 en 2009. L'infection à la chlamydia génitale occupe le premier rang avec plus de la moitié des déclarations (127/218). Les maladies d'origine hydrique ou alimentaire arrivent en second lieu avec 23 % des cas, soit 50 personnes infectées.

Chaque déclaration fait l'objet d'une intervention selon la maladie en cause : saisie au fichier des MADO, activités de surveillance et de vigie, enquêtes épidémiologiques, interventions à caractère préventif telles que vaccination, chimioprophylaxie, *counselling* et suivis divers. Plusieurs collaborations essentielles sont effectuées avec divers partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres organismes.

Finalement, la DSP a continué d'offrir un service de garde 24/7 pour les urgences infectieuses et environnementales.

PANDÉMIE D'INFLUENZA A(H1N1)

En avril 2009, les autorités sanitaires mexicaines déclaraient à l'OMS l'apparition d'une nouvelle souche de cas d'influenza, identifiée peu après : il s'agit d'une influenza d'origine porcine. Dès lors, les forces vives du réseau de la santé et des services sociaux de la région sont mobilisées autour de la mise en œuvre du plan de lutte contre la pandémie, volet santé publique.

La surveillance a impliqué les cliniciens, les infirmières en prévention des infections et les laboratoires, qui ont déclaré les cas et les éclosions d'influenza à la Direction de santé publique. Du 24 avril au 29 août 2009 (première vague), la région comptait six cas confirmés, dont trois cas admis et aucun décès; elle est parmi les moins touchées au Québec. Du 30 août au 6 janvier 2010, on dénombre dans la région 191 cas confirmés, 44 cas hospitalisés (dont sept séjours aux soins intensifs) et deux décès. La deuxième vague, qui a pris fin officiellement dans la semaine du 13 au 19 décembre, a été beaucoup plus importante dans la région.

Dès la première vague, des communications régulières ont été établies avec le réseau de la santé pour transmettre les informations les plus à jour sur la gestion des cas et des contacts en clinique : signes et symptômes, utilisation des examens de laboratoire et conduite. De plus, une attention particulière est portée à la transmission nosocomiale. L'accent est mis sur les pratiques préventives de base comme le lavage des mains, l'hygiène respiratoire ainsi que l'isolement des cas. Les modalités de surveillance sont diffusées aux médecins, aux infirmières en prévention des infections et aux laboratoires.

La deuxième vague est marquée par la vaccination contre l'influenza A(H1N1), offerte à toute la population à compter de la fin d'octobre 2009 et entraînant des défis importants de logistique. Des cliniques massives de vaccination ont été mises sur pied sur tous les territoires de CSSS. De plus, le transport par autobus est organisé pour la vaccination des jeunes d'âge scolaire. Pour les gens ayant des difficultés à se déplacer et bénéficiant des services de maintien à domicile, la vaccination est administrée dans les milieux de vie. La population de la région répond en grand nombre à l'offre de vaccination. La couverture vaccinale s'élève à 73 % pour la région, ce qui dépasse largement la moyenne québécoise se situant autour de 57 %.

Même si l'influenza A(H1N1) continue à circuler dans le monde, il est peu probable que l'on assiste à une troisième vague puisque la population de la région est maintenant en majorité protégée contre cette infection.

SURVEILLANCE DE L'INFLUENZA

La surveillance de l'influenza saisonnière est en cours depuis 2004-2005. Grâce à la participation volontaire des laboratoires des CSSS du territoire, il est possible de connaître l'indice de l'activité grippale de notre secteur tout au long de la saison. Les laboratoires transmettent le nombre de résultats positifs pour l'influenza de type A(H1, H3) et B à partir des tests effectués dans leurs centres hospitaliers respectifs. Depuis la pandémie d'influenza de type A(H1N1), les résultats sont aussi demandés. La DSP informe les personnes concernées dans les CSSS de ces données régionales. Aucun cas d'influenza saisonnière n'a été déclaré cette année.

COMMUNICATIONS

L'équipe de protection de la santé publique continue de produire un rapport annuel portant sur les maladies à déclaration obligatoire (MADO). Le rapport présente l'état de situation régional par le biais du Bulletin *Diffusion-Protection* publié à trois reprises en 2009. Différents sujets d'intérêt en matière de protection de la santé publique y sont traités et le bulletin fait l'objet d'une large diffusion auprès des différents partenaires concernés de la région.

INFECTIONS NOSOCOMIALES

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**
Objectif de résultat 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateur	***Résultat 2008-2009***	***Cible 2009-2010***	***Résultat 2009-2010***
1.1.11 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales	80 %	100 %	100 %

Commentaires

Les CSSS de la région rencontrent les ratios exigés. En ce qui concerne le CSSS de La Côte-de-Gaspé, le ratio se situe à la limite supérieure et parfois, dépasse même le ratio demandé. Dans ce contexte, le directeur de santé publique abordera la question avec la direction de l'établissement afin de discuter des avenues permettant d'améliorer la situation. Par ailleurs, étant donné la lourdeur de la tâche, le nombre de sites impliqués, l'absence de président au sein du comité de prévention des infections, les éclosions répétées au SARM, l'absence de support de l'IPI, le manque de relève, l'absence de remplaçante lors des congés de l'IPI, il serait grandement souhaitable qu'au moins l'équivalent d'une journée semaine soit ajouté en prévention des infections et qu'une infirmière nommée à cet effet réalise cette portion de la tâche et non du personnel volant, étant donné l'expertise requise pour remplir cette fonction. Idéalement, plus d'une journée par semaine favoriserait encore davantage la prévention des infections dans ce CSSS. Toutefois, sur la base des ratios la situation actuelle est acceptable.

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe :	**Santé publique**
Objectifs de résultats 2005-2010	Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocominiales.

Indicateurs	***Résultats 2008-2009***	***Cibles 2009-2010***	***Résultats[8] 2009-2010***
1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel		100 %	80 %
1.1.18 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel		100 %	100 %

Commentaires

Le CSSS de La Côte-de-Gaspé a été le seul CSSS de la région à ne pas pouvoir tenir au moins quatre rencontres du CPI au cours de l'année évaluée.

[8]Résultats en date du 25 mai 2010

SURVEILLANCE

La surveillance des infections nosocomiales constitue une priorité des équipes de prévention des infections. En 2009-2010, les bactéries et les virus suivants ont fait l'objet d'une surveillance particulière :

- Surveillance régionale des DACD (via le portail provincial de surveillance);
- Surveillance régionale des éclosions d'infection au SARM et à l'ERV;
- Surveillance régionale des éclosions d'influenza et de gastroentérite dans les CHSLD et les CH.

Notons que la vigie sanitaire dans le domaine des infections nosocomiales demeure une constante préoccupation de l'équipe régionale en prévention des infections.

Pour ce qui est de l'état de situation, l'année 2009-2010 a été marquée par la présence de la pandémie d'influenza d'origine porcine A(H1N1), ce qui s'est traduit par une sensibilisation accrue de la population aux mesures de prévention, comme le lavage des mains et l'étiquette respiratoire. De plus, la couverture vaccinale contre l'influenza A(H1N1) a été exceptionnelle en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, tant pour la population en général que pour le personnel de soins. Par conséquent, il n'y a eu aucune éclosion de C. difficile dans les CSSS de la région au cours de cette période, ce qui est très positif. En effet, on considère que la fréquence des surinfections bactériennes pulmonaires augmente en fonction de la circulation des virus de l'influenza et que, pour cette raison, un usage accru d'antibiotiques favorise l'apparition de diarrhées associées au C. difficile (DACD) chez cette clientèle.

Il est impossible d'établir hors de tout doute un lien de causalité entre ces variables, mais il paraît intéressant d'y percevoir une relation. Mentionnons le taux d'incidence des DACD pour la région qui est de 2,9/10 000 jours-patients en 2009-2010, alors qu'au Québec il se situe à 6,3/10 000 jours-patients.

Les éclosions au SARM ont été limitées à un seul CSSS au cours de la période ciblée. Hormis un épisode où seize cas ont été recensés au cours d'une période administrative donnée dans ce centre hospitalier (CH), nous avons compté entre trois et six cas par période. Cet établissement a mis en place un comité de gestion des éclosions afin de remédier à la situation.

En ce qui concerne l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), il n'y a pas de transmission active et marquée de cette bactérie multirésistante (BMR) dans la région. En effet, deux nouveaux cas seulement ont été découverts au cours de cette période dans un CH, centre qui a déjà vécu l'expérience d'une éclosion d'ERV il y a quelques années et qui est parvenu à contrôler la situation. Pour cette raison, la région n'est toujours pas considérée endémique pour l'ERV, contrairement à plusieurs grands centres urbains.

Deux CSSS de la région ont été touchés par une éclosion d'influenza saisonnière (influenza de type A) à la fin de la saison grippale 2008-2009, ce qui coïncide avec le début de l'année administrative 2009-2010. L'un d'eux a présenté treize cas (dont un seul confirmé par laboratoire, les autres ayant un lien épidémiologique avec celui-ci) et l'autre CSSS, trois cas de SAG confirmés.

Un seul CSSS du territoire a présenté une éclosion de gastroentérite d'allure virale au *Caliciviridae*, soit le *Norovirus*, au cours de cette période, pour un total de 44 cas chez les patients et les résidents et 20 cas chez les membres du personnel de soins.

Soutien-conseil

L'équipe de la Direction de santé publique (DSP) en maladies infectieuses assume un rôle de soutien-conseil auprès des infirmières et des médecins des CSSS dans le dossier des infections nosocomiales. À la DSP, trois médecins ainsi qu'une infirmière ont développé une expertise dans ce domaine au fil des ans.

Table régionale de prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

La TRPIN a poursuivi ses travaux au cours de l'année 2009-2010. En raison de la pandémie, les membres de la table se sont rencontrés qu'à deux occasions, alors que trois rencontres se tiennent habituellement au cours d'une année administrative. Les échanges ont été variés et profitables.

Retenons que le comité de sensibilisation aux infections nosocomiales a réalisé la presque totalité de son mandat. Voici la liste des réalisations : message d'attente téléphonique pour les CSSS, dépliant d'information à l'intention des personnes hospitalisées et un second dépliant destiné au grand public.

Le Comité d'informatisation de la surveillance des infections nosocomiales (COISIN-GIM) a déposé son rapport à la TRPIN en mars 2010, recommandant l'outil Nosokos produit par la Firme Nosotech pour la surveillance à venir d'un nombre grandissant d'infections nosocomiales. Ceci facilitera la tâche, tant au niveau local que régional, pour les établissements qui doivent exercer la surveillance de ces paramètres. Ce comité a été dissous puisque son mandat est terminé.

Vih-Sida, hépatites virales et infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Promotion de comportements préventifs au regard des ITSS

Population en général

Afin d'informer et de sensibiliser la population aux réalités telles que l'homosexualité, la diversité sexuelle et les conséquences de l'homophobie, la DSP a continué de diffuser le matériel promotionnel de l'organisme Gai-Écoute et de faire connaître l'existence de ses divers services, dont sa ligne d'écoute.

La diffusion du matériel d'information portant sur la prévention des ITSS et les conséquences de ces infections et la distribution de condoms ont aussi été poursuivies. La DSP s'associe également aux campagnes d'information et de sensibilisation nationales portant sur ces sujets.

Les organismes communautaires, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux et le milieu scolaire sont les principaux partenaires de la DSP.

ÉDUCATION À LA SEXUALITÉ ET PRÉVENTION DES ITSS EN MILIEU SCOLAIRE

La DSP a maintenu le soutien offert depuis plusieurs années aux intervenants jeunesse des CSSS (CLSC) et à ceux des établissements scolaires dans leur travail de prévention des ITSS et d'éducation à la sexualité, et ce, dans la perspective de la réforme du curriculum scolaire.

Les principales activités réalisées sont :

- Une formation à des directeurs d'écoles, à certains autres professionnels du milieu scolaire ainsi qu'aux chefs d'administration de programmes des CLSC concernant l'intégration de l'éducation à la sexualité en milieu scolaire;
- Élaboration et diffusion aux équipes-écoles d'une planification « plancher » en éducation à la sexualité commune à l'ensemble des écoles de la Gaspésie;
- Des services-conseils et l'accompagnement de deux sexologues éducatrices auprès des partenaires scolaires et du réseau de la santé, réalisation d'activités en éducation à la sexualité dans certaines écoles anglophones par une stagiaire en sexologie;
- La publication de deux numéros du Sex'Primeur, le bulletin régional de liaison et d'information sur l'éducation à la sexualité;
- Une tournée de consultation auprès des infirmières jeunesse quant à leur rôle et fonction au sein de la démarche d'éducation à la sexualité.

PRÉVENTION AUPRÈS DES GROUPES VULNÉRABLES

JEUNES EN CENTRE JEUNESSE

Une formation portant sur l'hypersexualisation a été offerte aux intervenants et aux cadres du centre jeunesse.

ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES D'ORIENTATION HOMOSEXUELLE ET BISEXUELLE

La DSP continue d'offrir de la formation et de la sensibilisation aux intervenants jeunesse des CSSS et des intervenants scolaires en matière d'orientation sexuelle et d'homophobie.

ACCESSIBILITÉ AUX CONDOMS

Des milliers de condoms, des sachets individuels de lubrifiant et quelques distributeurs de condoms ont été répartis par la DSP dans les principaux lieux fréquentés par les adolescents et les jeunes adultes de notre territoire.

HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES (HARSAH)

Afin de favoriser la santé et le bien-être des HARSAH de notre région, notamment au regard des ITS, la DSP a débuté la mise en œuvre d'un processus comprenant un ensemble d'actions visant une meilleure adaptation des services sociaux et de santé existants aux réalités de cette population, le développement de nouveaux services destinés à cette population et la lutte contre l'homophobie, encore présente dans notre société.

Actions de la 1re phase de ce processus qui ont été déployées par la DSP au cours de l'année :

- Mise sur pied d'un comité consultatif composé d'informateurs issus de la population HARSAH vivant en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine qui, au besoin, conseille et donne son avis sur les problématiques, les orientations, les actions visant la santé et le bien-être des HARSAH de notre région, notamment au regard des ITS et la lutte contre l'homophobie;
- Tenue d'une rencontre régionale des infirmières des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) sous le thème « Savoir, savoir-faire et savoir-être pour mieux intervenir auprès des HARSAH, dans le contexte des SIDEP de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine ». Les éléments centraux de cette rencontre furent deux formations, soit Pour une nouvelle vision de l'homosexualité ainsi que Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles, lesquelles ont été adaptées aux besoins et contextes de travail des infirmières SIDEP.

Le comité consultatif a participé à cette rencontre afin :

- d'acquérir avec les infirmières SIDEP un cadre théorique commun sur les questions relatives à l'homosexualité et l'homophobie;
- d'informer les infirmières SIDEP et discuter avec elles des réalités, des besoins, etc. des HARSAH vivant dans notre région;
- d'identifier et de prioriser des actions locales et régionales :
  - relatives aux ITS visant cette population;
  - favorisant l'adaptation des SIDEP aux réalités des HARSAH de la région;
  - visant à rejoindre cette partie de la population;
  - de lutte à l'homophobie.

- La formation Pour une nouvelle vision de l'homosexualité : Intervenir dans le respect des orientations sexuelles a été donnée à une quarantaine d'intervenantes et de professionnelles du réseau de la santé et des services sociaux et aux organismes communautaires de la Gaspésie et des Îles. La formation Adapter nos interventions aux réalités homosexuelles a été offerte aux Iles-de-la-Madeleine.

PERSONNES UTILISATRICES DE DROGUES INJECTABLES (UDI)

Dans une perspective de prévention du VIH et surtout de l'hépatite C, le MSSS recommande que les UDI aient accès à la trousse d'objets permettant l'injection sécuritaire de drogues. Au cours de la dernière année, la DSP a poursuivi la sensibilisation et la distribution de cette trousse dans les pharmacies et les CSSS de la région. Actuellement, tous ces organismes acceptent de distribuer ce matériel.

PERSONNES SÉROPOSITIVES ET SIDÉENNES ET LEUR ENTOURAGE

À l'heure actuelle en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine, aucun organisme communautaire ne travaille auprès des personnes séropositives et sidéennes ainsi que leur entourage. Pour répondre à leurs besoins, la DSP a poursuivi l'entente de service avec l'organisme Mouvement d'aide et d'information (MAINS) Bas-Saint-Laurent. Les services dispensés par cet organisme dans le cadre de cette entente sont les suivants :

- Accueil-référence téléphonique de la clientèle gaspésienne et madelinienne aux prises avec le VIH-Sida s'adressant à l'organisme;
- Offre de participation aux personnes de la région qui le requièrent, aux activités sociales et d'information organisées dans la région de Rimouski.

POPULATION CARCÉRALE

La DSP a maintenu son soutien (formation, information, matériel, etc.) aux intervenantes des CSSS travaillant au Centre de détention de New Carlisle.

POPULATION AUTOCHTONE

Dans la perspective de contribuer à ce que la population autochtone de notre territoire aient accès à des services de lutte aux ITSS de qualité, la DSP répond aux demandes d'information et de matériel des infirmières et des infirmiers travaillant sur les réserves de Gesgapegiag et de Listiguj, comme par exemple les condoms et les trousses pour les UDI.

SERVICES INTÉGRÉS DE LUTTE CONTRE LES ITSS

Dans l'optique d'améliorer ou de consolider les services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS (SIDEP) dispensés par les centres de santé et de services sociaux de la région, la DSP a mis en œuvre les actions suivantes :

- Support aux infirmières SIDEP dans leur travail clinique, formations cliniques sur mesure pour répondre aux besoins particuliers, notamment ceux des infirmières débutant dans les SIDEP et la formation continue de l'ensemble des infirmières SIDEP;
- Rencontres avec les cadres responsables et les infirmières de tous les SIDEP afin de faire un état de situation des services intra et extra muros disponibles et lorsque nécessaire, soutien à la recherche et à la mise en place des solutions appropriées à leur situation.

Dans le but de faire connaître la gamme de services SIDEP (intra et extra muros) à la population en général et aux personnes les plus vulnérables en particulier, la DSP a entamé la conception d'un outil promotionnel régional des services offerts par les SIDEP.

DOMAINE 5 : LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

LES MALADIES LIÉES À LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR ET INTÉRIEUR

EXPOSITION AUX CONTAMINANTS PRÉSENTS DANS L'AIR EXTÉRIEUR

Cette année, la DSP a traité plusieurs demandes d'information et de plaintes de la part des citoyens en lien avec des nuisances diverses telles que la présence de bruit, d'odeurs et de poussières liées à des entreprises, dont une carrière et une usine de béton bitumineux.

EXPOSITION AUX CONTAMINANTS PRÉSENTS DANS L'AIR INTÉRIEUR

Cette année, la DSP a répondu à douze demandes en lien avec la qualité de l'air intérieur; 50 % des demandes concernaient des problèmes de moisissures ou d'humidité. Les autres demandes concernaient des problèmes d'insalubrité et les produits pour l'isolation des maisons (MIUF, Zoonolite).

Par ailleurs, dans le cadre de la *Stratégie québécoise de protection de la santé publique contre le radon*, la DSP a collaboré avec l'INSPQ et les commissions scolaires des Chic-Chocs et Eastern Shores au projet pilote provincial de détection du radon dans certaines écoles primaires de la Gaspésie.

LES AUTRES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

EXPOSITION AUX CONTAMINANTS PRÉSENTS EN MILIEU HYDRIQUE

Dans le cadre du mandat confié au directeur de santé publique par le règlement sur la qualité de l'eau potable, 330 interventions ont été effectuées en rapport avec des signalements de non-conformité ou de retour à la conformité des réseaux d'approvisionnement en eau potable. Au cours de l'année, quinze avis en lien avec la qualité de l'eau ont été envoyés à Info-santé. Dix demandes spécifiques d'information ou d'avis de la part des partenaires (CLSC, ministère du Développement durable, Environnement et Parcs [MDDEP], médecins) et de la population concernant les contaminants présents dans l'eau et les risques à la santé ont été traitées.

LES INTOXICATIONS D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

Dans le cadre des activités prévues lors de la venue d'un cas de maladie ou d'une intoxication à déclaration obligatoire, la DSP a traité un signalement d'exposition au monoxyde de carbone d'origine environnementale.

L'ENSEMBLE DES MALADIES D'ORIGINE ENVIRONNEMENTALE

RÉHABILITATION DES SOLS

Cette année, la DSP a participé aux dernières rencontres dans le cadre des travaux de restauration et de réhabilitation des sols menés par la compagnie Xstrata dans les secteurs de Murdochville et de Sandy Beach. Les travaux étant exécutés, le comité consultatif auquel la DSP participait depuis 1989, a été dissous.

SACS DE SABLE CONTAMINÉS AU MAZOUT

Cette année, la DSP a collaboré à la mise en œuvre du plan d'action de la Garde Côtière Canadienne pour la gestion des sacs contaminés au mazout aux Îles-de-la-Madeleine, et plus particulièrement à l'étude menée par Pêches et Océans Canada sur les biphényles polychlorés (BPC) dans les organismes et sédiments marins côtiers aux Îles-de-la-Madeleine.

AMÉLIORATION DES MILIEUX DE VIE ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

Au cours de l'année 2009, la DSP a suivi les travaux du comité de concertation de la Baie-de-Gaspé ainsi que du comité de bassin versant de la rivière Bonaventure. Elle a aussi participé activement au comité de concertation sur le développement pétrolier et gazier mis sur pied par le Conseil régional de l'Environnement de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.

La DSP a émis des commentaires dans le cadre des évaluations d'impact pour les lieux d'enfouissement technique de Gaspé et pour les projets de parcs éoliens Le Plateau, Mont-Louis et New Richmond. Elle a aussi donné son avis dans le cadre des projets de révision des schémas d'aménagement et de développement ainsi que de nombreux règlements de contrôle intérimaire pour les MRC du territoire.

INTERVENTIONS LORS DE SITUATIONS INHABITUELLES ET MESURES D'URGENCE

Au cours de la dernière année, l'équipe de santé environnementale a travaillé en collaboration étroite avec l'équipe des mesures d'urgence de l'Agence lors d'inondations à la suite de fortes pluies.

L'équipe de santé environnementale a aussi collaboré avec le MDDEP et le MRNF lors d'une situation impliquant des saumons de pêche sportive.

La DSP a aussi répondu à quinze demandes provenant du public ou des partenaires concernant des situations ayant une composante environnementale, dont deux ayant trait à la présence d'espèces indésirables (souris, punaises).

BULLETIN DIFFUSION-PROTECTION

La ressource en santé environnementale a participé au cours de l'année à différents numéros du bulletin d'information en maladies infectieuses et santé environnementale Diffusion-Protection.

DOMAINE 6 : LA SANTÉ AU TRAVAIL

L'équipe de santé au travail de la DSP a supporté, à l'échelle de la région, les interventions effectuées par les ressources en santé au travail des CLSC auprès de 387 établissements regroupant un peu plus de 3 838 travailleurs.

Ces interventions consistaient à :

- Élaborer, mettre à jour et appliquer les Programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) prévus dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail;
- Mettre en application les Programmes d'intervention intégrés (PII) élaborés conjointement à l'échelon provincial par la CSST et le réseau de la santé;
- Appliquer les programmes à caractère régional;
- Répondre à des demandes d'intervention ponctuelle formulées par les entreprises de la région;
- S'acquitter des mandats spéciaux confiés au réseau de la santé par la CSST.

PROGRAMMES DE SANTÉ SPÉCIFIQUES

À l'intérieur des programmes de santé spécifiques, des activités de surveillance médicale et environnementale, des activités d'information ainsi qu'un support aux entreprises au chapitre des premiers secours et des premiers soins ont été réalisés. Plusieurs thématiques et secteurs d'activité économiques sont touchés par ces programmes.

Par ailleurs, le démantèlement des installations de Fonderie Gaspé s'est poursuivi encore cette année. Même si moins de ressources ont été mobilisées cette année, il n'en demeure pas moins que nous avons suivi 124 travailleurs qui ont nécessité 210 prélèvements sanguins nécessaires au suivi médical des travailleurs exposés au plomb et au béryllium. Les activités de démolition et de restauration des sols prévues au PSSE sont maintenant terminées depuis octobre dernier.

En résumé pour cet important PSSE :

- Phase I 2007 : suivi de 353 travailleurs de la construction répartis dans 22 entreprises nécessitant 1 016 prélèvements biologiques;
- Phase II 2008 : suivi de 283 travailleurs dans seize entreprises pour 1 221 prélèvements;
- Phase III 2009 : suivi de 124 travailleurs dans dix entreprises pour 210 prélèvements.

PROGRAMMES D'INTERVENTION INTÉGRÉS

L'équipe régionale de la DSP a, par ailleurs, coordonné l'application de quelques programmes-cadres provinciaux connus sous le nom de Programme d'intervention intégré (PII). Au cours de la dernière année, ceux-ci ont porté sur les thématiques suivantes :

Risques biologiques

Débuté en 2005, ce programme qui était en deux phases s'est terminé en 2009. En 2007-2008, la clientèle visée était celle des employés municipaux œuvrant dans le domaine des eaux usées et de la collecte des ordures ménagères. En 2008-2009, le programme d'intervention sur les risques biologiques s'est appliqué auprès des éboueurs des secteurs privés. Comme prévu dans la démarche provinciale, les travailleurs et les employeurs ont été informés des risques à la santé et des mesures de prévention. La vaccination pour l'hépatite A et le tétanos a été offerte aux travailleurs lorsque requise. Aux termes du programme, près de 250 travailleurs regroupés dans une cinquantaine d'établissements auront bénéficié de ce programme.

Béryllium secteur dentisterie

Huit établissements avaient été ciblés en fonction des critères définis par la Commission de la santé et de sécurité au travail. Les huit établissements ont été informés par lettre : deux établissements n'ont pas donné suite et un autre a fermé. Finalement, cinq établissements ont accepté l'offre de service en termes de formation et d'information sur les dangers de l'utilisation du béryllium.

Programmes régionaux

Des programmes à caractères régionaux ont également été réalisés. Parmi ceux-ci, soulignons notamment :

L'utilisation du chlore lors de la chloration de l'eau potable

Le programme vise trois objectifs, soit : s'assurer que la manipulation du chlore se fait de façon sécuritaire afin de réduire l'exposition au minimum, s'assurer que l'employeur et les travailleurs connaissent les dangers reliés à l'utilisation du chlore et que les installations sont conçues de façon sécuritaire. Le programme a débuté en janvier 2009 et doit se terminer en 2011. Jusqu'à maintenant, treize municipalités ont adhéré au programme.

Demandes du milieu

Pour l'année 2009-2010, on observe la même tendance que celle observée au cours des dernières années, soit l'augmentation régulière des demandes de service en provenance du milieu. Cette année, un total de 235 demandes provenant d'une variété étendue de milieux de travail a donné lieu à des interventions. Les principaux secteurs d'activité économique d'où proviennent ces demandes sont les services médicaux et sociaux (29 %), le secteur de l'administration publique (24 %), l'enseignement (17 %) et les services commerciaux (9 %). Les demandes concernaient des problématiques diverses telles que la qualité de l'air intérieure, l'ergonomie en général, les TMS, le SIMDUT, les risques chimiques, les risques biologiques, la mise en place des comités de santé et sécurité et la gestion du stress au travail.

MANDATS SPÉCIAUX

PROGRAMME POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER

L'application de ce programme s'appuie sur certains principes : assurer aux travailleuses enceintes la protection prévue par la loi et, parallèlement, supporter les employeurs dans leurs efforts visant à permettre l'affectation des travailleuses concernées à des tâches compatibles avec leur état de grossesse. En 2009-2010, c'est près de 390 travailleuses qui ont pu bénéficier de ce programme.

AUTRES ACTIVITÉS

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

MISE À JOUR DES DONNÉES SUR LE SUICIDE

Au cours de l'année 2009-2010, la DSP a diffusé le rapport statistique portant sur la mise à jour des données sur les conduites suicidaires de la région. L'ouvrage examine l'ampleur et l'évolution de cette réalité dans la population gaspésienne et madelinienne, en plus de comparer la situation régionale à celle du Québec. Le principal constat qui se dégage des résultats obtenus est une tendance à la hausse de la mortalité par suicide se maintenant dans la région depuis le milieu des années 1990, contrairement au Québec qui connaît pour sa part une baisse depuis le début des années 2000. De fait, la région obtient un taux de mortalité par suicide supérieur à la moyenne québécoise pour la plus récente période étudiée (2001-2007).

MISE À JOUR DES DONNÉES SUR LES HABITUDES DE VIE, L'EXCÈS DE POIDS ET LE DIABÈTE

Un document analysant et présentant les données les plus récentes sur la prévalence de trois habitudes de vie (usage de la cigarette, activité physique et consommation de fruits et légumes), de l'excès de poids et du diabète a été produit au cours de l'année. Pour chaque indicateur, le document examine comment il a évolué dans le temps en Gaspésie, aux Îles-de-la-Madeleine et au Québec. On dresse ensuite le portrait de la situation la plus récente dans la région en le comparant avec celle du Québec.

> « Les résultats de cette mise à jour indiquent notamment une baisse générale du tabagisme chez les 15 ans et plus de la région de 1987 à 2007-2008 (43,4 à 28,8 %), une hausse de l'excès de poids durant cette période (40,5 à 57,4 %) ainsi qu'une augmentation de la prévalence du diabète de 1999-2000 (5,4 %) à 2006-2007 (9,8 %) chez la population régionale de 20 ans et plus, cette dernière ne pouvant être attribuée uniquement au vieillissement de la population. » (Dubé et Parent, février 2010)

Soutien de l'équipe de surveillance aux autres fonctions de santé publique

L'équipe de surveillance de la Direction de santé publique a été mise à contribution à de nombreuses reprises au cours de l'année, en soutien à la réalisation des autres fonctions de la santé publique, et ce, notamment dans les dossiers suivants :

- Développement d'un outil de compilation statistique pour le suivi hebdomadaire et cumulatif des cas de grippe pandémique A(H1N1) (appel Info-santé, urgence, hospitalisation, décès) et pour la couverture vaccinale;
- Production d'un calendrier de vaccination A(H1N1) des clientèles cibles;
- Production de données statistiques en lien avec l'analyse différenciée selon les sexes;
- Avis concernant le décrochage et l'abandon scolaire sur un document du comité sur la persévérance scolaire en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine;
- Production de données statistiques pertinentes pour notre région dans le cadre d'un colloque régional sur l'habitation et la santé;
- Élaboration d'un court devis d'évaluation pour un projet de distribution des verrous de pontet dans le domaine de la prévention du suicide;
- Soutien à l'évaluation de l'implantation du parrainage téléphonique comme mesure de prévention du suicide;
- Production d'un document sur l'état de situation des interventions obstétricales en périnatalité dans la région;
- Production d'indicateurs à partir des nouvelles banques de données du Programme québécois de dépistage du cancer du sein;
- Étude de la méthode utilisée en vue de la répartition budgétaire en santé au travail;
- Analyse des données et rédaction d'un rapport statistique dans le cadre du bilan annuel des MADO;
- Surveillance de l'incidence des cas de cancer pour certains secteurs de la région.

Section 4

États financiers condensés

Rapport de la direction

Le 1er septembre 2010

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers condensés.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers condensés fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il approuve les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Raymond Chabot Grant Thornton a procédé à la vérification des états financiers condensés de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le vérificateur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Le président-directeur général,

Gilles Pelletier

Le directeur des ressources financière, matérielles et informationnelles

Yves Whittom

Raymond Chabot
Grant Thornton

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
91, rue Adams
Gaspé (Québec) G4X 1E5
Téléphone : 418 368-5576
Télécopieur : 418 368-6942
www.rcgt.com

Richard Chrétien, CA
Associé directeur
Alain Paradis, CA
Associé
Kathy Roy, CA
Stéphane Gagné, CA, D. Fisc.

Lettre d'accompagnement

Aux administrateurs de
L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine

Les renseignements financiers ci-joints sont extraits des états financiers de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine au 31 mars 2010, sur lesquels nous avons exprimé, ce jour, une opinion sans réserve. Pour mieux comprendre la situation financière de l'entité et les résultats de ses activités, il convient de lire les renseignements financiers à la lumière des états financiers vérifiés.

Raymond Chabot Grant Thornton, s.e.n.c.r.l.
Comptables agréés

Gaspé, le 14 juin 2010

Fonds d'exploitation
Résultats
Exercice terminé le 31 mars 2010

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Produits				
Subvention du MSSS	6 541 824	6 238 607	169 572	158 547
Revenus d'intérêts	453	1 545	4 145	23 349
Revenus commerciaux			3 922	
Revenus d'autres sources	144 468	247 608	199 736	215 175
Total	6 686 745	6 487 760	377 375	397 071
Charges d'exploitation				
– Salaires	3 840 257	3 642 205	82 445	84 904
– Avantages sociaux	800 176	762 697	20 611	21 742
– Charges sociales	466 201	437 671	10 288	10 556
– Frais de déplacement et d'inscription et dépenses C. A. (act. princ.)	389 021	467 085	9 526	6 816
– Services achetés	470 508	486 425	18859	890
– Communications	167 402	206 557	47 203	29 319
– Loyer	109 557	98 399	0	
– Location d'équipement	10 813	15 984	0	
– Fournitures de bureau	102 022	83 629	810	636
– Autres frais	375 405	357 053	189 585	198 871
– Charges non réparties	(-2 410)	50 575	0	3 561
– Transfert de frais généraux	(-47 919)	(52 254)	11 611	14 383
Total des charges d'exploitation	6 681 033	6 556 026	390 938	371 678
Excédent (déficit)	5 711	(68 266)	(13 563)	25 393
Contributions en provenance de fonds affectés		80 170		
Contributions affectées au fonds d'immobilisation	(203 392)	(50 659)		
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(197 681)	(38 755)	(13 563)	25 393

Fonds des activités régionalisées Résultats Exercice terminé le 31 mars 2010		
	Exercice courant **$**	**Exercice précédent** **$**
Produits		
Crédits régionaux destinés aux établissements	**1 703 001**	**1 559 994**
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	21	1 288
Contributions des établissements	**170 502**	**80 000**
Revenus d'intérêts	1 524	1 867
Revenus d'autres sources	**305 312**	**319 797**
Total	**2 180 360**	**1 962 946**
Charges d'exploitation		
– Salaires	429 772	362 219
– **Avantages sociaux**	**62 254**	**73 762**
– Charges sociales	53 368	46 780
– **Frais de déplacement et d'inscription**	**31 731**	**34 098**
– Services achetés	680 551	615 618
– **Communications**	**32 930**	**44 327**
– Location d'équipement	26 497	
– **Fournitures de bureau**	**28 850**	**4 534**
– Autres frais	783 839	644 932
– **Transfert de frais généraux**	**36 308**	**40 038**
– Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés		17 344
Total des charges d'exploitation	**2 166 100**	**1 883 652**
Excédent en provenance du (affecté au) fonds d'immibilisations	**14 260**	**79 294**
Contributions provenant du fonds d'immobilisation	(7 856)	55 733
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	6 404	135 027

Fonds des immobilisations Résultats Exercice terminé le 31 mars 2010		
	Exercice courant **$**	**Exercice précédent** **$**
Produits		
Ministère de la santé et des services sociaux :		
– Subvention pour le remboursement de la dette – capital	291 257	256 293
– Subvention pour le remboursement de la dette – intérêts	1 148 428	1 412 029
– Revenus de placement	51	413
– Autres revenus	10 563	
Total	1 450 299	1 668 735
Charges d'exploitation et dépenses d'immobilisation		
Charges		
Frais d'intérêts :		
– Corporation d'hébergement du Québec	415 017	575 141
– Financement Québec	730 226	846 502
– Autres	6 485	5 148
– Frais de gestion autorisés :		
• Salaires, avantages sociaux et charges sociales	69 130	
• Autres charges d'exploitation	5 870	
– Dépenses non capitalisables financées à même les enveloppes décentralisées	177 214	
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations	7 310	
Amortissement - Immobilisations détenues au 31 mars 2008	351 283	459 082
Amortissement - Immobilisations acquises à compter du 1er avril 2008	120 051	64 143
Perte sur disposition d'immobilisation	2 076	
Autres charges	29 853	
Total des charges	1 914 515	1 950 016
(Déficit)	(464 216)	(281 281)
Contributions en provenance du fonds d'exploitation-activités principales	203 392	50 659
Contributions en provenance (affectées) au fonds des activités régionalisées	7 856	(55 733)
Contributions en provenance de fonds affectés	252 968	361 355
Contribution affectée à d'autres fonds		(75 000)
Excédent (déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	0	0

Fonds affectés cumulés Résultats Exercice terminé le 31 mars 2010		
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
Produits		
MSSS	17 757 157	15 218 511
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - Variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	38	256
– Revenus de placement	10 162	64 004
– Autres revenus :		
• Autres subventions	(40)	189 968
• Autres	2 354 967	2 351 052
Total	20 122 284	17 823 791
Charges		
– Établissements	150 325	361 844
– Organismes		20 937
– Charges d'exploitation :		
• Salaires	58 720	55 624
• Avantages sociaux	16 068	9 422
• Charges sociales	8 835	7 315
• Frais de déplacement et d'inscription	3 259	1 225
• Services achetés	108 521	57 406
• Location d'équipement	175	
• Fournitures de bureau	13 666	4 257
• Autres charges d'exploitation	59 715	134 089
– Autres charges	19 721 402	16 959 307
Total des charges	20 140 686	17 611 426
Excédent (déficit)	(18 402)	212 365

Fonds d'exploitation
État du solde de fonds
Exercice terminé le 31 mars 2010

	Activités principales		Avoir propre	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Solde créditeur au début	0	316 109	1 322 771	1 095 487
Additions (déductions)				
Activités principales :				
Excédent (déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds			(197 681)	(38 755)
Activités accessoires :				
Excédent (déficit) de l'exercice			(13 563)	25 393
Libération de surplus		(315 429)		315 429
Autres additions (déductions) - (ajustement de l'équité salariale)		(680)		
Variation de l'exercice		(316 109)	(211 243)	302 067
Réforme comptable – Redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence :				
– Autres charges salariales à payer				(74 783)
Solde créditeur (débiteur) à la fin		0	1 111 528	1 322 771

États des soldes de fonds
Exercice terminé le 31 mars 2010

	Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisation	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Solde créditeur au début	359 976	229 810	0	3 047 007
Additions (déductions)				
Excédent (déficit) de l'exercice	14 260	79 294	(464 216)	(356 281)
Transferts interfonds (provenance) :				
– **Contributions du fonds d'exploitation**			203 392	50 659
– Contributions des activités régionalisées			7856	(55 733)
– **Contributions de fonds affectés**			252 968	361 355
Transferts interfonds (affectations) :				
– **Contributions au fonds d'immobilisations**	(7 856)	55 733		
Variation de l'exercice	6 404	135 027	0	0
Déductions				
Réforme comptable – Redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS :				
– Amortissement cumulé des immobilisations				(1 521 952)
– **Écart de financement – immobilisations**				4 608 895
Réforme comptable – Redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence :				
– **Fonds affectés - immobilisations et équipements**				(6 071 652)
– Autres charges salariales à payer		(4 861)		
– **Autres redressements**				(62 298)
Total (réforme comptable)		(4 861)		(3 047 007)
Solde créditeur à la fin de l'exercice	366 380	359 976	0	0

Fonds affectés cumulés Soldes des fonds Exercice terminé le 31 mars 2010		
	Exercice courant **$**	**Exercice précédent** **$**
Solde créditeur (débiteur) au début	1 010 948	1 165 109
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	(18 402)	212 365
Transferts interfonds (provenance) :		
– Contributions au fonds d'exploitation		(5 171)
– Contributions du fonds affecté	224	
– Contributions à d'autres fonds affectés	(224)	
– Contributions au fonds d'immobilisation	(252 968)	(361 355)
Variation de l'exercice	(271 370)	(154 161)
Solde créditeur (débiteur) à la fin	739 578	1 010 948

Bilan au 31 mars 2010				
	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
Actif				
Actif à court terme				
Encaisse	1 842 494	1 598 630	227 711	354 520
Débiteurs :				
– MSSS	450 595	4 085	1 481 513	31 202
– Établissements	63 301	136 346	135 887	10 722
– Autres	78 274	261 976	326 009	352 337
Intérêts courus	538	1 137	(503)	266
Taxes à recevoir	138 615	65 434	45 329	37 166
Charges payées d'avance	80 191	70 187	28 085	26 870
Autres éléments	36 012	69 717		
Total de l'actif à court terme	2 690 020	2 207 512	2 244 031	813 083
Subvention à recevoir - Réforme comptable	500 702	497 154	35 065	35 046
Total de l'actif	3 190 722	2 704 666	2 279 096	848 129
Passif				
Passif à court terme				
Découvert de banque			1 454 821	291 299
Créditeurs et charges à payer				
– Établissements	49 703	34 152	3 000	500
– Autres charges salariales à payer	224 193	89 671		2 965
– Autres	1 133 014	542 220	231 511	142 288
Revenus reportés	78 248	181 638	172 772	
Provision pour vacances, congés de maladie, fériés	594 036	534 214	50 612	51 101
Total du passif à court terme	2 079 194	1 381 895	1 912 716	488 153
Solde de fonds	1 111 528	1 322 771	366 380	359 976
Total du passif et du solde de fonds	3 190 722	2 704 666	2 279 096	848 129

Bilan du fonds d'immobilisations au 31 mars 2010		
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
Actif		
À court terme		
Placements temporaires		84 578
Avances de fonds aux établissements publics	10 935 249	6 610 390
Débiteur MSSS	125 988	125 629
Autres éléments	46 364	33 635
À long terme		
Immobilisation	3 372 341	1 786 244
Subvention à recevoir (perçue d'avance) Écart de financement – Réforme comptable	23 409 117	25 527 076
Autres éléments d'actif (Frais de gestion reportés)	29 239	5 678
Total de l'actif	37 918 298	34 173 230
Passif		
À court terme		
Découvert de banque	410 845	
Emprunts temporaires	16 531 169	6 851 041
Intérêts courus à payer : – Financement Québec	121 298	118 789
– Corporation d'hébergement du Québec	4 690	6 840
Autres éléments (Dû au fonds act. rég. - Technocentre)	311 554	375 111
À long terme		
Dette à long terme	20 538 742	26 821 449
Total du passif	37 918 298	34 173 230
Solde de fonds	0	0
Total du passif et du solde de fonds	37 918 298	34 173 230

Bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2010		
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**
Actif		
À court terme		
– Encaisse	1 646 233	1 623 961
– Débiteurs : MSSS	53 052	223 453
– Débiteurs : Établissements publics	40 000	
Taxes à recevoir	18 327	29 513
Autres	9 884	113 214
– Charges payées d'avance	8 113	1 116
Total - Actif à court terme	1 775 609	1 991 257
À long terme		
Subvention à recevoir – Provision vacances, congés de maladie, fériés	5 123	5 085
Total de l'actif	1 780 732	1 996 342
Passif		
À court terme		
– Découvert de banque	153 049	88 707
– Emprunts de banque		
– Intérêts courus à payer		76
– Créditeurs et charges à payer : Établissements	410 511	401 648
– Autres	458 718	486 953
– Provision pour vacances, congés maladie et fériés	18 876	8 010
– Autres éléments		
Total du passif	1 041 154	985 394
Solde de fonds	739 578	1 010 948
Total du passif et du solde de fonds	1 780 732	1 996 342

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2009-2010 Exercice terminé le 31 mars 2010	
	Exercice courant **$**
Enveloppe régionale	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	290 759 796
Affectation de l'enveloppe régionale	
Allocation aux établissements	258 654 711
Allocation aux organismes communautaires	12 245 999
Allocations à d'autres organismes	46 387
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	270 947 097
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	16 768 238
Autres (programme d'externat soins infirmiers OIIQ)	4 800
Total	287 720 135
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant la prévision des comptes à payer	3 039 661
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics :	
– Comptes à payer signifiés	1 472 249
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissements publics :	
Comptes à payer signifiés	1 270 928
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	2 743 177
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	296 484
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	0

Principaux fonds affectés gérés par l'Agence Résultats Exercice terminé le 31 mars 2010		
	Fonds des services préhospitaliers d'urgence	
	Année courante $	Année précédente $
Produits		
MSSS	15 724 374	13 131 930
Subvention MSSS pour :		
– le remboursement de la dette – capital		
Revenus autonomes	**2 243 948**	**2 290 533**
Revenus de placements	3 459	32 735
Autres	**58 488**	**60 519**
Total	18 030 269	15 515 717
Charges		
Contrats minimaux de service d'ambulance	**16 628 023**	**12 180 221**
Particularités régionales	116 001	1 694 626
Éléments rectifiables		**293 319**
Centre de communication santé	14 260	12 277
Formation	**292 841**	**333 709**
Assurance qualité	119 923	137 697
Allocation de retraite	**3 000**	**69 509**
Médicaments	15 920	10 564
Intérêts sur emprunts :		
– Corporation d'hébergement du Québec		
– Financement Québec		
– Autres intérêts sur emprunts		
Ajustements des années antérieures		**18 799**
Premiers répondants	208 873	208 855
Déplacement des usagers	**301 671**	**297 506**
Charges d'exploitation :		
– Salaires	**51 008**	**46 575**
– Avantages sociaux	15 257	9 422
– Charges sociales	**7 823**	**6 233**
– Frais de déplacement et d'inscription	22	570
– Services achetés	**3 056**	**1 448**
– Location d'équipement	175	
– Fournitures de bureau	**12 308**	**4 233**
– Autres charges d'exploitation	17 425	33 851
– Autres	**5 000**	**3 949**
Total des charges	17 812 586	15 363 363
Excédent (déficit)	217 683	152 354

Principaux fonds affectés gérés par l'Agence
Solde du fonds
Exercice terminé le 31 mars 2010

	Fonds des services préhospitaliers d'urgence	
	Année courante $	Année précédente $
Solde créditeur (débiteur) au début	70 398	279 399
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice	217 683	152354
Contributions au fonds d'immobilisation	(250 112)	(361 355)
Contributions au fonds d'exploitation		
Variation de l'exercice	(32 429)	(209 001)
Réforme comptable – Redressements au 1er avril 2008 confirmés par le MSSS		
Réforme comptable – Redressements au 1er avril 2008 déterminés par l'Agence :		
– Autres redressements – Écart de financement – Réforme comptable – Enveloppes décentralisées		
Solde créditeur (débiteur) à la fin	37 969	70 398

NOTE 1 – CONSTITUTION ET OBJETS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005 chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 – PRINCIPALES DIFFÉRENCES AVEC LES PRINCIPES COMPTABLES GÉNÉRALEMENT RECONNUS

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes et pratiques comptables établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, lesquelles s'appuient sur celles du *Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés* (ICCA) pour le secteur public (*Manuel du secteur public*), à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs éventuels concernant des sites contaminés ne sont pas comptabilisés;
- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire au 31 mars ne sont pas comptabilisés;
- Certaines immobilisations corporelles louées sont comptabilisées comme une location-exploitation, alors qu'en conformité avec la note d'orientation du secteur public NOSP-2, elles seraient comptabilisées comme une location-acquisition;
- De plus, selon les définitions du *Manuel du secteur public*, les agences relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec rencontrent les critères des organismes sans but lucratif. En conséquence, ces agences devraient suivre les règles applicables à ces organismes.

Les principales conventions comptables du *Manuel du secteur public* qui s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada applicables aux organismes à but non lucratif sont les suivantes :

- Les instruments financiers ne sont pas classifiés selon les recommandations du chapitre 3855 du Manuel de l'ICCA et aucune information n'est présentée à leur sujet;
- Le montant des stocks comptabilisé en charge, les dépréciations et les reprises de valeur ne sont pas présentés;
- Les frais d'émission, les primes et les escomptes de la dette à long terme sont présentés comme postes distincts au bilan plutôt qu'en augmentation ou en diminution de la dette;
- Les informations à fournir concernant le capital selon le chapitre 1535 du Manuel de l'ICCA ne sont pas présentées;
- La portion à court terme de la dette à long terme n'est pas présentée distinctement de la dette à long terme.

NOTE 3 – CONVENTIONS COMPTALBES

ESTIMATIONS COMPTABLES

Pour dresser des états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada, la direction de l'Agence doit faire des estimations et poser des hypothèses qui ont une incidence sur les montants présentés dans les états financiers et les notes y afférents. Ces estimations sont fondées sur la connaissance que la direction possède des événements en cours et sur les mesures que l'organisme pourrait prendre à l'avenir. Les résultats réels pourraient être différents de ces estimations.

COMPTABILITÉ D'EXERCICE

La comptabilité d'exercice est appliquée pour les dépenses et les revenus des agences et s'appuie sur les principes comptables généralement reconnus (PCGR) du secteur public publiés par l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA).

COMPTABILITÉ PAR FONDS

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de toutes les agences et présentent donc une importance particulière :

- Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation.

De plus, d'autres fonds peuvent à l'occasion se retrouver dans certaines agences. Ceux-ci peuvent comprendre :

- Le fonds des activités régionalisées : fonds regroupant les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;
- Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement du Ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées;
- Le fonds de santé au travail : fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu au travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts d'un fonds à un autre fonds de l'Agence sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

CLASSIFICATION DES ACTIVITÉS

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'une agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le MSSS;
- Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'une agence rend dans la limite de ses objets et pouvoirs en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

CENTRES D'ACTIVITÉS

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les agences dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

CONSTATATION DES REVENUS

L'Agence applique la méthode du report pour comptabiliser les apports. Selon cette méthode, les apports affectés à des charges d'exercices futurs sont reportés et constatés à titre de produits au cours de l'exercice où sont engagées les charges auxquelles ils sont affectés. Les apports non affectés sont constatés à titre de produits lorsqu'ils sont reçus ou lorsqu'ils sont à recevoir si le montant à recevoir peut faire l'objet d'une estimation raisonnable et que son encaissement est raisonnablement assuré.

Les apports reçus sous forme d'immobilisations sont constatés à titre de produits reportés lorsque l'organisme reçoit les immobilisations et sont virés aux produits au même rythme que l'amortissement des immobilisations correspondantes. Ces apports sont comptabilisés à la juste valeur des immobilisations ou à la valeur symbolique de 1 $ si la juste valeur ne peut être déterminée au prix d'un effort raisonnable.

Les apports reçus sous forme de don, legs, subvention ou autre forme de contributions sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisés aux produits des activités principales dès leur réception et sont désormais présentés à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Autres revenus

Les autres revenus sont constatés à titre de produits lorsque les services ont été rendus, que le montant est déterminé ou déterminable et que le recouvrement est raisonnablement assuré.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Stocks

Les stocks sont évalués au coût ou au coût de remplacement, selon le moins élevé des deux. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Bâtiments	20 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Mobiliers et équipements de bureau	5 ans
Matériels et équipements	5 ans
Équipements informatique	3 ans
Équipements communication multimédia	5 ans
Autres équipements	12 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Location-acquisition	Selon la durée du bail ou de l'entente

Frais reportés

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte ou la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

AVOIR PROPRE

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérées par le MSSS.

Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

DETTES SUBVENTIONNÉES PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'Agence pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

SUBDIVISIONS DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'Agence. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent du Ministère, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes parapublics, etc.

ACTIVITÉS DE TYPE COMMERCIAL

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

REVENUS REPORTÉS

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- Revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;
- Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

RÉGIMES DE RETRAITE

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux étant donné que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 4 – EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose de facilités de crédit autorisé d'un montant maximal de 47 952 993 $ auprès d'une institution financière, portant intérêt au taux variant entre le taux préférentiel moins 1,00 % et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 % (au 31 mars 2010, les taux variaient entre 0,7 % et 1,25 %; au 31 mars 2009, les taux variaient entre 0,954 % et 4,100 %) garanti par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dont 36 362 083 $ du crédit n'est pas utilisé au 31 mars 2010. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2010.

NOTE 5 – DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement Québec.

	2010	2009
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 4,66 % et 9,82 %, est payable semestriellement.	4 604 740 $	6 624 800 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er octobre 2010. L'intérêt de 4,84 % est payable semestriellement.	127 907 $	255 815 $
Emprunt remboursé au cours de l'exercice.		2 796 390 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2011. L'intérêt de 4,07 % est payable semestriellement.	2 406 601 $	2 651 669 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 16 septembre 2013. L'intérêt de 4,60 % est payable semestriellement.	4 117 418 $	4 342 181 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 16 septembre 2013. L'intérêt de 4,60 % est payable semestriellement.	2 537 723 $	2 790 950 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2014. L'intérêt de 3,32 % est payable semestriellement.	1 090 289 $	1 135 718 $
Emprunts remboursables par versements annuels de capital, échéant le 1er juin 2014. L'intérêt de 3,32 % est payable semestriellement.	5 615 973 $	6 174 065 $
	20 500 651 $	26 835 648 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

2011	3 029 663 $
2012	3 679 314 $
2013	1 550 032 $
2014	6 328 852 $
2015 et subséquentes	4 957 872 $
	19 545 733 $

NOTE 6 – OBLIGATION DÉCOULANT DE CONTRATS DE LOCATION ACQUISITION

	2010	2009
Contrat de location de mobilier de bureau, d'un montant total de 71 550 $, remboursable par versements trimestriels de 3 753 $ incluant les intérêts calculés au taux de 5,64 %, échéant le 1er octobre 2012, avec option d'achat à la juste valeur marchande à l'échéance.	33 541 $	48 791 $
Frais accessoires et intérêts inclus dans les versements.	2 266 $	4 500 $
	31 275 $	44 291 $
Obligations échéant au cours du prochain exercice.	13 516 $	12 779 $
	17 759 $	31 515 $

	2010	2009
Contrat de location de mobilier de bureau, d'un montant total de 5 994 $, remboursable par versements trimestriels de 341 $ incluant les intérêts calculés au taux de 9,28 %, échéant le 3 décembre 2013, avec option d'achat à la juste valeur marchande à l'échéance.	4 549 $	6 474 $
Frais accessoires et intérêts inclus dans les versements.	836 $	1 287 $
	3 713 $	5 187 $
Obligations échéant au cours du prochain exercice.	1 000 $	912 $
	2 713 $	6 099 $

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des quatre prochains exercices sont les suivants :

2011	14 516 $
2012	15 392 $
2013	4 903 $
2014	976 $
	35 787 $

NOTE 7 – RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 8 – LES ENGAGEMENTS

L'Agence possède des engagements pour la location de locaux administratifs et de biens. Les paiements futurs s'établissent comme suit :

2011	54 295 $
2012	6 330 $
	60 625 $

Dans le fonds affecté des médecins en régions éloignées, l'Agence s'est engagée par contrat à verser des primes d'installation et de maintien à des médecins pour les inciter à venir exercer leur pratique dans la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Des bourses de formations spécialisées sont également à prévoir ainsi qu'une aide financière au permis restrictif. Étant donné que certains médecins peuvent recevoir des primes de maintien tout au long de leur pratique et que la durée de cette dernière ne peut être estimée, le montant de cet engagement est estimé en fonction des informations disponibles à la date de ces états financiers. Les versements estimés prévus au cours des quatre prochains exercices sont les suivants :

	Permis restrictifs	Bourses de formation spécialisées	Primes d'installation et de maintien
2011	30 000 $	40 000 $	667 500 $
2012		40 000 $	557 500 $
2013		20 000 $	482 500 $
2014			357 500 $
	30 000 $	100 000 $	2 065 000 $

NOTE 9 – OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Annexe 1

Programme de soutien aux organismes communautaires

RÉPARTITION DE L'ENVELOPPE BUDGÉRAIRE 2009-2010

Répartition budgétaire - 2009-2010 - Mission globale

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Dépendances (CA)	Carrefour Unité inc.	Îles-de-la-Madeleine	Prévention, groupes d'entraide, animation de jour	50 599	51 358	52 077
	Unité Domrémy de Chandler inc.	Rocher-Percé	Prévention, animation de jour	13 798	14 005	14 201
	Mi-Chemin de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Prévention, groupes d'entraide	34 493	35 010	35 500
Dépendances (CP)	Centre Accalmie inc.	Bonaventure/ Avignon	Hébergement temporaire multiclientèle (santé mentale, toxicomanie, itinérance, désorganisation familiale)	74 099	80 210	86 403
	La Maison à Damas	Îles-de-la-Madeleine		54 655	60 725	66 899
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	Côte-de-Gaspé		78 003	84 673	91 435
	Centre Émilie Gamelin	Rocher-Percé		52 511	57 049	61 650
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts inc.	Haute-Gaspésie		29 530	35 473	41 547
		TOTAL		**387 688**	**418 503**	**449 712**

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Santé publique (HB)	Nourisson-lait Haute-Gaspésie	Haute-Gaspésie	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	3 202	8 717	8 839
	Groupe d'entraide-allaitement sein-phathique	Îles-de-Madeleine	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	3 202	8 717	8 839
	Lactescense Pabos	Rocher-Percé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	3 202	8 717	8 839
	Regroupement d'entraide à l'allaitement maternel « Supportons-lait »	Avignon/ Bonaventure	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	6 404	11 967	12 135
Santé publique (HL)	Partagence	Haute-Gaspésie	Aide et entraide aux familles très démunies, dépannage alimentaire et vestimentaire	26 481	30 368	34 405
	Carrefour-Ressources	Haute-Gaspésie	Sécurité alimentaire, animation, YAPP, répit-gardiennage (familles démunies)	111 623	116 787	122 034
	Source alimentaire Bonavignon	Bonaventure/ Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins, cuisine collective	74 495	79 601	84 834
	CAB Ascension/Escuminac	Avignon	Sécurité alimentaire, dépannage; jardins, cuisine collective	17 674	21 928	26 354
	Collectif Aliment-Terre	Bonaventure	Sécurité alimentaire, dépannage, jardins, cuisine collective	40 324	44 419	48 653
	Cuisines collectives Îles-de-la-Madeleine (La Cadoc jusqu'en 2007-08)	Îles-de-la-Madeleine	Sécurité alimentaire, ateliers, cuisine collective	36 569	41 107	45 802
	CAB La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, dépannage, cuisine collective	13 629	17 822	22 191
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Sécurité alimentaire, dépannage, cuisine collective	13 629	17 323	21 177
	Entraide communautaire des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Dépannage alimentaire, aide à la budgétisation	-	4 065	8 319
	Table de concertation en sécurité alimentaire GIM	Régional	Concertation régionale	8297	8421	9 756
		TOTAL		**368 108**	**419 959**	**462 177**

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Déficience physique (BC)	La Maison Maguire pour personnes handicapées	Régional (Avignon)	Camp d'été, service de répit pour les proches, activités de jour	24 963	34 777	35 264
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc.	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, défense des droits, animation	5 083	5 159	5 231
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	8 096	8 217	8 332
	Association des handicapés Val-Rosiers	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	5 745	5 831	5 913
	Centre pour handicapés La joie de vivre de Chandler inc.	Rocher-Percé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	14 543	16 131	16 357
	AHMI, Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	Côte-de-Gaspé	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	4 516	4 584	4 648
	Association La Croisée	Haute-Gaspésie	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	13 961	16 759	16 994
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs	Bonaventure	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	14 614	16 660	16 893
	Association des handicapés des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	12 943	15 878	16 100
	Association des personnes handicapées visuelles GIM	Régional (Bonaventure)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	52 111	58 983	59 809
	Association des TCC et ACV GÎM	Régional (Avignon)	Aide et entraide, information, sensibilisation, défense des droits	52 279	88 588	89 828
		TOTAL		**208 854**	**271 567**	**275 369**

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Déficience intellectuelle (BD)	La Maison Maguire pour personnes handicapées	Régional (Avignon)	Camp d'été, service de répit pour les proches, activités de jour	86 055	109 371	110 902
	Association des personnes handicapées du secteur CLSC l'Estran inc.	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, défense des droits, animation	20 330	20 635	20 924
	Association de défense des droits des personnes handicapées de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	32 384	32 870	33 330
	Association des handicapés Val-Rosiers inc.	Côte-de-Gaspé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	22 976	23 321	23 647
	Centre pour handicapés La joie de vivre de Chandler inc.	Rocher-Percé	Centre de jour, information, sensibilisation, défense des droits	58 170	62 240	63 111
	AHMI, Association pour personnes handicapées de Murdochville inc.	Côte-de-Gaspé	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	18 065	18 336	18 593
	Association La Croisée	Haute-Gaspésie	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	29 777	36 263	36 771
	Association des personnes handicapées Action Chaleurs	Bonaventure	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	50 788	55 813	56 594
	Association des handicapés des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Activités d'animation, aide et entraide, sensibilisation, information et défense des droits	30 308	37 157	37 677
	Société d'autisme régionale du Bas-St-Laurent/ Gaspésie/Les Îles	Suprarégional	Information, sensibilisation, soutien individuel, animation, défense des droits	29 212	29 650	30 065
		TOTAL		**378 065**	**425 656**	**431 615**

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Services généraux (IH)	Centre de bénévolat Saint-Alphonse - Nouvelle inc.	Avignon/ Bonaventure	Promotion de l'action communautaire, aide et entraide aux individus et aux groupes	29 138	29 575	29 989
	CAB Les Hauts-Bois inc.	Côte-de-Gaspé		44 365	45 030	45 660
	CAB des Chic-Chocs inc.	Haute-Gaspésie		36 521	37 069	37 588
	CAB Gascons-Percé inc.	Rocher-Percé		44 634	45 304	45 938
	CAB St-Siméon-Port-Daniel	Bonaventure		32 380	32 866	33 326
	CAB La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé		33 680	34 185	34 664
	CAB Le Hauban inc.	Côte-de-Gaspé		22 030	22 360	22 673
	CAB Ascension-Escuminac	Avignon		57 575	58 439	59 257
	CAB des Îles-de-la-Madeleine	Îles-de-la-Madeleine		28 316	28 741	29 143
Services généraux (IQ)	Regroupement des organismes communautaires GIM	Régional (Gaspé)	Concertation, représentation des intérêts et des droits des organismes communautaires autonomes, formation	124 800	126 672	138 738
Services généraux (IS)	Maison d'hébergement L'Orée de Pabos inc.	Rocher-Percé	Hébergement temporaire pour les femmes victimes de violence et leurs enfants, suivi posthébergement et suivi externe	480 802	526 774	534 149
	Centre Louise-Amélie inc.	Haute-Gaspésie		552 378	599 423	607 815
	Maison d'aide et d'hébergement L'Aid'Elle inc	Côte-de-Gaspé		542 153	589 045	597 292
	Maison d'aide et d'hébergement L'Accalmie	Îles-de-la-Madeleine		450 131	431 375	437 414
	Maison d'aide et d'hébergement L'Émergence inc.	Bonaventure/ Avignon		542 153	589 045	597 292
Services généraux (IV)	CALACS L'Espoir des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Information, sensibilisation, prévention, soutien individuel	103 963	105 522	121 999
	CALACS La Bôme-Gaspésie	Gaspésie (Côte-de-Gaspé)		258 401	283 423	332 391
Services généraux (IX)	Interface Baie-des-Chaleurs	Régional (Avignon)	Intervention de groupe, information, sensibilisation, prévention	80 453	81 660	82 803

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Services généraux (IT)	Regroupement des femmes de Gaspé inc.	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, soutien individuel et de groupe, animation, défense des droits	153 962	170 403	172 789
	Regroupement des femmes La Sentin'Elle inc.	Îles-de-la-Madeleine		153 962	170 403	172 789
	Centr'Elles - Comité d'action des femmes d'Avignon inc.	Avignon		156 137	170 495	172 882
	Femmes en mouvement inc.	Bonaventure		158 128	170 583	172 971
	Femmes Entr'Elles	Rocher-Percé		153 928	170 401	172 787
	TOTAL			**4 239 990**	**4 518 793**	**4 592 348**

Perte d'autonomie liée au vieillissement (EJ)	Société Alzheimer GIM	Régional	Promotion, sensibilisation, aide et entraide	114 247	115 961	117 584
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse-Nouvelle inc.	Avignon/Bonaventure	Aide bénévole pour des activités de maintien à domicile, popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	123 810	125 667	127 426
	Centre d'action bénévole Les Hauts-Bois inc.	Côte-de-Gaspé		9 802	9 949	10 088
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	Haute-Gaspésie		101 429	102 950	104 391
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.	Rocher-Percé		121 776	123 603	125 333
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon–Port-Daniel	Bonaventure		103 004	104 549	106 013
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé		30 327	30 782	31 213
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	Côte-de-Gaspé		121 624	123 448	125 176
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac	Avignon		47 242	47 951	48 622
	Centre d'action bénévole des Îles-de-la-Madeleine	Îles-de-la-Madeleine		83 044	84 290	85 470
	TOTAL			**856 306**	**869 150**	**881 318**

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Santé physique (GK)	Épilepsie Gaspésie-Sud	Bonaventure/ Avignon	Information, sensibilisation, aide et entraide	49 875	50 623	51332
	Organisme gaspésien des personnes atteintes de cancer	Régional	Aide et entraide, information, sensibilisation	79 527	80 720	31330
	Association cardio-respiratoire GIM	Régional	Aide et entraide, information, sensibilisation	20 440	30 897	81850
		TOTAL		**149 842**	**162 240**	**164511**
Jeunes en difficulté (D1)	Maison des jeunes de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Information, sensibilisation, activités préventives, aide individuelle et de groupe, animation	68 986	71 238	73 905[9]
	Maison des jeunes des Îles-de-la-Madeleine	Îles-de-la-Madeleine		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de Saint-Alphonse inc.	Bonaventure		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Monts	Haute-Gaspésie		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de Chandler	Rocher-Percé		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes La Trèflerie	Avignon		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de New Richmond	Bonaventure		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de Grande-Rivière	Rocher-Percé		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de Rivière-au-Renard	Côte-de-Gaspé		68 986	71 238	73 905
	Maison des jeunes de Saint-François-d'Assise	Avignon		63 238	65 404	67 990
	Maison des jeunes de Bonaventure	Bonaventure		34 493	38 010	42 204
	Maison des jeunes de l'Île-du-Havre-Aubert	Îles-de-la-Madeleine		34 493	38 010	42 204
	Maison des jeunes de l'Est des Îles	Îles-de-la-Madeleine		34 493	38 010	42 204
	Maison des jeunes de Caplan	Bonaventure		45 337	47 847	52 179
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Croix	Avignon		34 493	38 010	42 204
	L'Oasis-jeunesse de l'Estran	Côte-de-Gaspé		34 493	38 010	42 204

[9] Au cours de l'année 2009-2010, un montant récurrent de 102 859 $, provenant de la *Stratégie d'action jeunesse*, a été transféré dans le PSOC afin de soutenir le financement à la mission globale des maisons de jeunes. Ce montant était octroyé aux maisons de jeunes sur une base non récurrente depuis trois ans. En 2009-2010, l'Agence a retenu de cette enveloppe un montant de 6 863 $ qui devait servir à soutenir le développement d'un point de service pour une maison de jeunes sur le territoire. Ce projet n'ayant pas eu lieu, cette partie du montant a été octroyée sur une base non récurrente à huit maisons de jeunes.

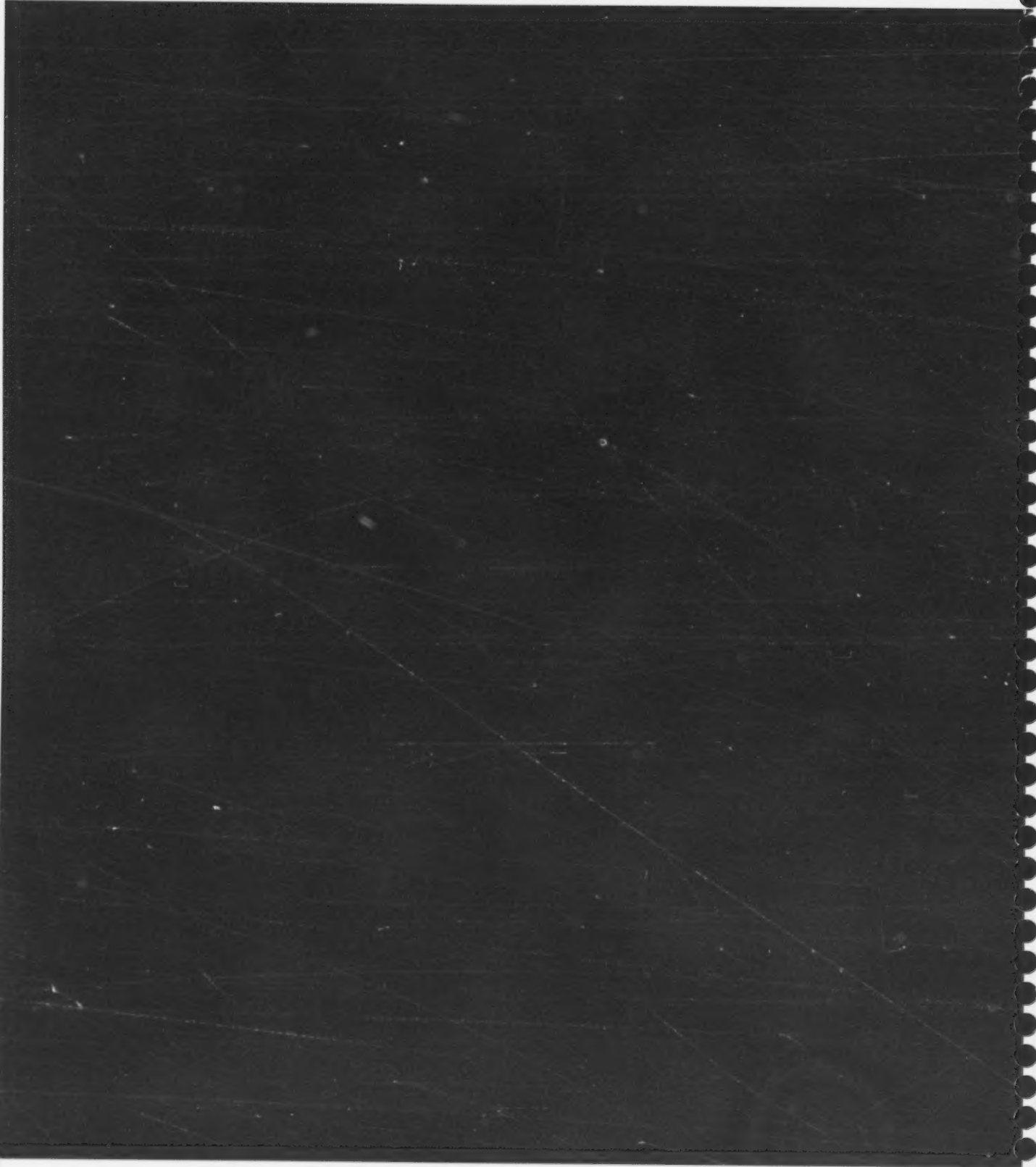
Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Jeunes en difficulté (D2)	L'Entre-Temps - Maison des jeunes de Cap-Chat inc.	Haute-Gaspésie		34 493	38 010	42 204
	Maison des jeunes de Gascons inc.	Rocher-Percé		22 995	30 340	40 765
	Maison des jeunes de Murdochville inc.	Côte-de-Gaspé		34 493	38 010	42 204
	Maison des jeunes de Saint-Elzéar	Bonaventure		21 190	28 508	38 907
	Maison des jeunes de Carleton	Avignon		21 189	28 507	38 906
	Maison des jeunes du Grand Paspébiac	Bonaventure		21 186	28 504	38 903
	Maison des jeunes de Pointe-à-la-Garde	Avignon		21 370	28 691	39 093
	Espace Gaspésie	Régional (Côte-de-Gaspé)	Information, sensibilisation, prévention, animation de groupe	156 483	158 830	161054
	Unis-Vers Jeunes	Haute-Gaspésie	Aide au devoir, atelier sur l'estime de soi, travail de milieu	40 000	40 600	41168
		TOTAL		**1 275 313**	**1 364 443**	**1 479 538**

Programme	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Santé mentale (FG)	Association d'entraide pour la santé mentale en Gaspésie	Bonaventure	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	106 157	107 749	109 258
	Nouveau Regard, association de parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale de la Gaspésie	Régional (Bonaventure)	Information, sensibilisation, prévention, soutien individuel et de groupe (soutien aux proches)	137 377	139 438	141 390
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention (CRRI)	Côte-de-Gaspé	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	99 603	101 097	102 512
	Groupe d'action sociale et psychiatrique des Monts	Haute-Gaspésie		261 936	295 135	299 267
	Centre communautaire l'Éclaircie des Îles	Îles-de-la-Madeleine	Activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention, soutien aux proches	133 635	135 640	137 539
	Centre Émilie-Gamelin	Rocher-Percé	Hébergement temporaire, activités de réadaptation et réinsertion, information, sensibilisation, prévention	273 878	302 741	306 979
	Centre Accalmie inc.	Avignon/ Bonaventure		242 313	273 203	277 028
	Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale	Régional (Haute-Gaspésie)	Concertation régionale	8 318	8 443	8 561
	La Maison à Damas	Îles-de-la-Madeleine	Hébergement temporaire	137 535	180 548	183 076
	Accueil Blanche Goulet de Gaspé	Côte-de-Gaspé	Hébergement temporaire	157 426	189 057	191 704
	TOTAL			**1 558 177**	**1 733 051**	**1 757 314**

Répartition budgétaire - 2009-2010 - Ententes spécifiques

Secteur	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	Subvention 2009-2010 $
Santé publique (HB)	Maison de la famille Parenfant Gaspé	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, soutien à l'allaitement maternel	1 833	12 010	12 179
	Halte-parents de la Vallée	Côte-de-Gaspé	Périnatalité, service des relevailles	11 833	12 010	12 179
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	Bonaventure	Soutien parental - enfants 0-5 ans	25 056	25 432	25 788
	Maison de la Famille – MRC Bonaventure inc.	Bonaventure	Soutien parental - enfants 0-5 ans	4 616	4 685	4 751
	Carrefour-Ressources	Haute-Gaspésie	Soutien parental - enfants 0-5 ans	4 616	4 685	4 751
	Organisme communautaire famille L'Embellie	Îles-de-la-Madeleine	Soutien parental - enfants 0-5 ans	4 616	4 685	4 751
	La Maison de la famille Contre vents et marées	Rocher-Percé	Soutien parental - enfants 0-5 ans	4 616	4 685	4 751
Santé publique (HL)	La Maison de la famille Contre vents et marées	Rocher-Percé	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	19 322	23 102	27 037
	Family Ties Carrefour famille New Carlisle	Bonaventure	Sécurité alimentaire, animation, information, sensibilisation	8 476	12 092	15 874
		TOTAL		**94 984**	**103 388**	**110 513**
Services généraux (IN)	Regroupement des organismes communautaires GIM	Régional	Formation des organismes communautaires	10 000	10 150	
	Regroupement des centres d'action bénévole GIM	Régional	Formation des organismes communautaires	12 000	12 180	12 180
		TOTAL		**22 000**	**22 330**	**12 180**
Jeunes en difficulté (DZ)	Mesures alternatives jeunesse Gaspésie-Sud inc.	Avignon-Bonaventure/ Rocher-Percé	Soutien individuel et de groupe (LPJ et Loi des jeunes contrevenants), prévention	108 485	110 112	110 112
	Organisme de justice alternative jeunesse Gaspésie-Nord	Côte-de-Gaspé/ Haute-Gaspésie/Îles		131 678	133 653	133 653
		TOTAL		**240 163**	**243 765**	**243 765**

Secteur	Nom de l'organisme	MRC	Activités	Subvention 2007-2008 $	Subvention 2008-2009 $	
Santé mentale (FG)	Droits et recours en santé mentale Gaspésie/Les Îles	Bonaventure	Défense des droits et des intérêts, information et sensibilisation	69 656	70 701	70 701
	Centre de ressourcement, de réinsertion et d'intervention	Côte-de-Gaspé	Travail de corridor – Cégep de la Gaspésie	-	10 000	18 000
	Centre Émilie Gamelin	Rocher-Percé	Soutien communautaire en logement social – appartements supervisés	-	17 500	35 000
		TOTAL		**69 656**	**98 201**	**123 701**
Déficience physique (BC)	Ressource d'aide aux personnes handicapées	Supra régional – Bas-St-Laurent/GIM	Aide financière et matérielle, information et défense des droits	-	13 334	13 334
		TOTAL		**-**	**13 334**	
Perte d'autonomie liée au vieillissement (ER)	Centre d'action bénévole Saint-Alphonse - Nouvelle inc.	Avignon/Bonaventure	Aide bénévole pour des activités de maintien à domicile, popote roulante, transport-accompagnement, visites amicales, etc.	11 132	11 299	11 299
	Centre d'action bénévole des Chic-Chocs inc.	Haute-Gaspésie		10 651	10 811	10 811
	Centre d'action bénévole Gascons-Percé inc.	Rocher-Percé		13 007	13 202	13 202
	Centre d'action bénévole Saint-Siméon–Port-Daniel	Bonaventure		21 893	22 221	22 221
	Centre d'action bénévole La Grande Corvée	Côte-de-Gaspé		2 665	2 705	2 705
	Centre d'action bénévole Le Hauban inc.	Côte-de-Gaspé		13 092	13 288	13 288
	Centre d'action bénévole Ascension-Escuminac	Avignon		5 028	5 103	5 103
		TOTAL		**77 468**	**78 630**	**78 630**



Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine

Québec